UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

PRÁTICAS INSTITUCIONAIS/DISCURSIVAS ACERCA DOS CUIDADOS COM OS BEBÊS PREMATUROS E/OU DE BAIXO PESO: O PROGRAMA CANGURU

Renata Meira Véras

NATAL
2010

Renata Meira Véras

PRÁTICAS INSTITUCIONAIS/DISCURSIVAS ACERCA DOS CUIDADOS COM OS BEBÊS PREMATUROS E/OU DE BAIXO PESO: O PROGRAMA CANGURU

Tese elaborada sob orientação da Prof ª Dr ª Martha Azucena Traverso-Yépez e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para o título de Doutora em Psicologia Social.

Natal

2010

Catalogação da Publicação na Fonte.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Véras, Renata Meira.
Práticas institucionais/discursivas acerca dos cuidados com os bebês prematuros e/ou de baixo peso : o Programa Canguru / Renata Meira Véras. - Natal, 2010.
223 f. il.:

Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social.
Orientadora: Prof.ª Drª. Martha Azucena Traverso-Yépez.

1. Psicologia social. 2. Programa Canguru. 3. Etnografia Institucional. 4. Maternidade. I. Traverso-Yépez, Martha Azucena. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BSE-CCHLA CDU 159.9

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

A tese “Práticas institucionais/discursivas acerca dos cuidados com os bebês prematuros e/ou de baixo peso: o Programa Canguru”, elaborada por Renata Meira Véras, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, como requisito parcial à obtenção do título de DOUTORA EM PSICOLOGIA SOCIAL.

Natal, RN, 23 de fevereiro de 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Martha Traverso-Yépez _____

Prof. Dra. Nádia Maria Salomão _____

Prof. Dra. Isabel Fernandes de Oliveira _____

Prof. Dra. Ana Cecília Bittencourt Bastos _____

Prof. Dr. George Dantas de Azevedo _____

O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade e, por outro, à espiritualidade.

LEONARDO BOFF

Dedico este trabalho a Martha Traverso-Yépez. Pela generosidade, a sensível sabedoria e a eterna acolhida necessárias no decorrer desta caminhada. Minha eterna gratidão.

Agradecimentos

Quem me viu sozinha nos últimos quatro anos, lendo ou digitando no computador, não fazia a menor idéia de que realizava um trabalho coletivo. São tantas as pessoas e instituições cuja participação colaborou para a viabilização desse trabalho, que nomeá-las implica o risco de ser injusta. Na impossibilidade de fazer referência a todos, relaciono, dentre os muitos que me ocorrem agora, aqueles cujas contribuições mostraram-se mais significativas.

À Martha, orientadora e amiga. Sua dedicação e compromisso com o trabalho serviram, para mim, como exemplos de altruísmo e solidariedade com o outro. Mais que apenas orientar uma tese de doutorado, sua influência possibilitou-me viver ricas e inesquecíveis experiências de vida, aprendizado e, consequentemente, de conquistas.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudos e da bolsa do Estágio de Doutorando no Exterior. O apoio financeiro viabilizou o aprimoramento de minha formação acadêmica e o sanduíche em Lisboa, Portugal.

Ao Governo Canadense, pela concessão da bolsa de intercâmbio na Memorial University of Newfoundland e à Shree Mulay, diretora do Community Health Division, que contribuíram para realização do estágio em St. John's, Canadá.

À Prof.ª Natália Ramos, do Departamento de Psicologia da Universidade Aberta de Lisboa, minha co-orientadora no estágio de doutorando em Portugal. A disponibilidade em comprometer-se com a supervisão de minhas atividades de estágio viabilizou experiências de aprendizado acadêmico e pessoal inesquecíveis.

À professora Natalie Beausoleil, responsável por uma das disciplinas cursadas durante o intercâmbio na Memorial University of Newfoundland. Sua generosidade em aceitar-me em sala como ouvinte, assim como a postura amiga e acolhedora adotada em nosso convívio, tornaram a estadia em St. John's ainda mais proveitosa e agradável.

Às amigas e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFRN, Fátima Raquel e Luciana, pela amizade e companheirismo nesses quatro anos de luta. Nossos encontros regados a *cappuccinos* geraram maravilhosos momentos de

reflexões e questionamentos compartilhados que foram muito importantes para a construção desse estudo.

Aos meus pais, Napoleão e Graça, que me apoiaram durante toda minha busca por uma formação de qualidade. Suas presenças afetuosas e constantes serviram como um porto seguro, inclusive durante minha estadia em Natal, Lisboa e St. John's.

Aos amigos que deixei em Portugal e no Canadá, Hugo Felipe, Samanta, Kenny Hammond, A.J., Sandra Cooke, Arnault Le Bris, Keith Pike e Rafael Deminice que suavizaram os dias quentes em Lisboa e os frios no Canadá, contribuindo para minha formação pessoal e profissional.

À Cilene, presença providencial para todos nós do Programa. A amizade, solidariedade, presteza e profissionalismo, que sempre demonstrou, facilitaram a superação de ocasionais dificuldades e abriram caminhos para o sucesso.

À Rafaela Pedrosa, a Fainha, que me acompanhou nessa trajetória, me ensinando um mundo melhor sem o egoísmo e a individualidade.

À Arnaldo Cohim pela preciosidade de um amor singular. O cuidado, o apoio e o sentimento de orgulho que tem por mim tornam-me uma pessoa mais feliz.

Finalmente, à Cássia, revisora cuidadosa do texto. Seu trabalho competente foi um alívio imenso na fase de maior ansiedade de todo o trabalho.

A todos vocês, meu muito obrigado!

SUMÁRIO

Lista de Figuras..... **ix**
Lista de Tabelas..... **x**
Resumo..... **xi**
Abstract..... **xii**
Introdução..... **13**

Capítulo I – O Programa Canguru como uma proposta de atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso..... **18**

1.1. O parto prematuro..... **19**

1.2. As transformações na assistência neonatal: da exclusão materna da UTI ao alojamento conjunto..... **23**

1.3. Reflexões sobre o Programa Canguru...... **27**

1.4. A política nacional de humanização – HUMANIZA SUS..... **35**

1.5. O processo de trabalho em saúde e a humanização dos cuidados: uma abordagem crítica..... **39**

Capítulo II – Perspectiva teórico-metodológica da pesquisa..... **47**

2.1. A Etnografia Institucional..... **48**

2.2. A organização do processo de pesquisa e as estratégias metodológicas.. **51**

2.3. O processo de análise dos dados..... **56**

Capítulo III – Apresentação dos resultados..... **62**

ESTUDO I - A maternidade no Programa Canguru: análise do módulo 2 do documento oficial do Programa Canguru..... **63**

3.1. As transformações históricas do significado de família e infância a partir da Antiguidade..... **64**

3.2. A maternidade enquanto construção social e cultural..... **74**

3.3. Visão sócio-biológica da maternidade..... **87**

3.4. A psicologização do amor materno e a concepção da mãe devotada..... **94**

3.5. Análise documental: Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: Manual Técnico..... **101**

ESTUDO II – Análise da dinâmica institucional cotidiana na Maternidade Escola Januário Cicco..... 118

3.6. O contexto institucional..... 118

3.7. COM OS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA CANGURU..... 130

3.7.1 O posicionamento dos profissionais com relação ao programa..... 131
A ênfase no vínculo materno-infantil..... 136
O período de internação das mães na maternidade..... 141
As expressões das relações desiguais de poder..... 149

3.7.2 O cotidiano do processo de trabalho em saúde..... 152
As limitações estruturais do programa..... 152
Identidade profissional e assistência humanizada..... 155
Propostas de mudanças do sistema atual..... 160

3.7.3 Perspectivas acerca das usuárias do Programa Canguru..... 164
O fator socioeconômico e cultural..... 164
A falta de apoio social e familiar..... 168

3.8. COM AS USUÁRIAS DO PROGRAMA CANGURU..... 172

3.8.1. O impacto do nascimento prematuro e o amor materno..... 174

3.8.2. Significando a participação no Programa Canguru..... 180

3.8.3. A saudade de casa e a distância da família..... 185

3.8.4. O suporte emocional através da fé e da religião..... 191

Capítulo IV – Discussão..... 195

4.1 O Processo interacional entre profissionais e usuárias do programa..... 196

4.2 A subjetividade negada das usuárias do Programa Canguru..... 199

Capítulo V – Considerações Finais..... 205

REFERÊNCIAS..... 208

ANEXOS..... 223

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Foto do atendimento ao recém-nascido no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia..... 56

Figura 2 Foto da Maternidade Januário Cicco nos dias atuais..... 120

Figura 3 Organograma do percurso das mães na Maternidade Escola Januário Cicco..... 123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos grupos focais com os funcionários.....	54
Tabela 2	Caracterização dos grupos focais com as mães.....	55
Tabela 3	Caracterização dos nascimentos e mortalidades na maternidade Januário Cicco.....	122
Tabela 4	Construções discursivas dos profissionais.....	130
Tabela 5	Caracterização das usuárias do Programa Canguru.....	172
Tabela 6	Construções discursivas das usuárias do programa.....	173

Resumo

O Programa Canguru foi implantado no Brasil em 2000 através de uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS), sustentado sob a retórica da humanização dos serviços de saúde. Este programa adota a prática de colocar o bebê prematuro e/ou de baixo peso em contato pele a pele com sua mãe com o intuito de fortalecer o vínculo afetivo entre mãe e bebê, incentivar o aleitamento materno e promover maior segurança nos cuidados com seu filho. As mães usuárias do SUS são, dessa forma, solicitadas a residirem na maternidade, participando dos cuidados com o bebê, até sua alta. No entanto, constatou-se, em observações prévias, que a participação no Programa Canguru tem sido geralmente uma imposição para essas usuárias. Assim sendo, procurou-se interpretar os 'textos' que permeiam o desenvolvimento da prática Canguru. Essa pesquisa foi realizada através de dois estudos: 1) exploração histórica do conceito de maternidade e análise de como a maternidade é apresentada no módulo do documento oficial que orienta o programa; 2) análise da dinâmica institucional que permeia o Programa Canguru, enfatizando o estudo acerca do processo de trabalho dos profissionais da saúde e a compreensão da percepção das usuárias sobre sua estadia na maternidade e sobre a dinâmica de atendimento. Destaca-se que a relação entre esses dois estudos permitiu a compreensão da forma que os discursos podem influenciar o comportamento dos profissionais de saúde e que implicações os discursos destes têm na prática cotidiana do atendimento em saúde. A pesquisa, fundamentada na metodologia da Etnografia Institucional, considera as práticas e experiências como socialmente organizadas, procurando entendê-las na sua dinâmica e interdependências. A perspectiva adotada para a análise documental, como também para o estudo dos dados qualitativos construídos na pesquisa empírica, foi a análise do discurso. A pesquisa mostrou que embora o Programa Canguru venha demonstrando resultados positivos, tanto em relação à economia de recursos quanto aos aspectos psicológicos e biológicos do bebê, por outro lado ele falha em considerar a complexidade social, econômica e cultural das mães e as limitações estruturais do sistema de saúde pública. O documento oficial deste programa apoia-se na racionalidade médica e econômica, cuja concepção centra-se no modelo biomédico hegemônico e nas condições de vida e estruturação de família de uma população que não é usuária do Sistema Único de Saúde. Essa dissonância dificulta o sucesso do programa, uma vez que suas ações são planejadas e criadas sem consideração às condições de vida e experiências das pessoas que fazem uso desse serviço. Com relação à dinâmica institucional, observou-se que, embora alguns profissionais se diferenciem no tratamento com as usuárias, a maioria deles desconsidera o papel ativo da mãe nesse método de intervenção. Por outro lado, a pesquisa mostrou que as mães veem o programa como uma obrigação e não uma opção que implique em momentos prazerosos no ambiente hospitalar. Ressalta-se, assim, que a implantação deste programa requer não só a presença e o treinamento para o bom atendimento da equipe de funcionários, como também deve ser levado em consideração a complexa rede de determinantes sociais da saúde que podem influenciar na participação das mães no programa. Discutir e problematizar o cotidiano de programas como esse se constitui, dessa forma, um exercício de reflexão sobre cidadania e governança, permitindo espaços para a melhoria dos programas de saúde pública.

Palavras-chave: Programa Canguru, Etnografia Institucional, Maternidade.

Abstract

The Kangaroo Program was implemented in Brazil in 2000 through the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) sustained with a "humanized" rethoric of health care assistance. This program adopts the skin-to-skin contact contributing to the mother-infant bond, breastfeeding and promoting security in mother's care. The users of SUS are encouraged to live in the maternity ward to follow the baby health improvement. However, it was verified in previous observations that mothers' participation in the Kangaroo Program has been done through an imposed practice. Therefore, this study intended to understand the texts that permeate the kangaroo practice. This research was developed through two studies: 1) an historic exploration of motherhood concept and an analysis of how the motherhood is presented in the official document that orients the program; 2) an analysis of institutional dynamic of Kangaroo Program, emphasizing the study about the health workers' everyday practice, the mothers' view about their life in the maternity wards, and the attendance practice. It is highlighted that the relation between this two studies allowed the comprehension about how the official discourses can influence the health workers' behaviors and how their viewpoint and position can shape the everyday work in a public health program. This research, supported by Institutional Ethnography, considers that people's practices and experiences are socially organized and shaped by broad social forces. The discourse method was used in the documental analysis and in the analysis of qualitative data from empiric research. The research showed that the kangaroo program has been an excellent way to save resources and to improve some baby's biologic and psychological aspects. However, this program has failed to consider the social, economic and cultural complexity of mothers and the structural limitation of the health care system. The official document uses the economic and medical approach, following the hegemonic biomedical model and the life style of the people that don't use the public health system. Consequently, the program has not been successful because it is planned without people participation. On the other hand, it was verified that although some professionals are committed with their work, the mainly does not consider mothers' participation as an active process, using the institutional power as a social control to keep mothers uninformed about the possibility to leave the maternity wards. As a result, the research also showed that mothers perceive the program as mandatory and not as option that can improve pleasure moments. It is, therefore, necessary to consider the complex social determinants of health that can increase mothers' participation in the Kangaroo Program. Bringing these issues into debate can be a reflective exercise on citizenship and governance, allowing spaces for the improvement of public health programs.

Key-Words: Kangaroo Program, Institutional Ethnography, Motherhood.

INTRODUÇÃO

O Programa Canguru constitui-se em um tipo de assistência voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe. Apoiado nas Normas de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, esse método de intervenção vem sendo aplicado em maternidades públicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde. Esse programa faz parte da política nacional de humanização na saúde, visando a um atendimento adequado do recém-nascido de baixo peso, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao manuseio do bebê e ao relacionamento familiar (Brasil, 2002).

O programa prescreve o acompanhamento das mães aos seus bebês prematuros e/ou de baixo peso durante a internação hospitalar, estimulando sua participação nos cuidados com seu filho, a fim de incentivar a formação do apego entre ela e o bebê, tornando-a a principal responsável pelo seu desenvolvimento. Este contato é considerado imprescindível para o desenvolvimento saudável da criança. Nessa perspectiva, cogita-se o interesse por parte do Estado em garantir condições de vida adequadas para essas crianças, assim como minimizar os índices de abandonos e maus tratos futuros, acrescentando-se também o ganho secundário de reduzir custos com a saúde destes recém-nascidos.

Contudo, ao realizar um estágio na área de fisioterapia no Programa Canguru da Maternidade Cândida Vargas em João Pessoa/PB, pude perceber que apesar de a mãe ser parte essencial desse programa, foi possível observar que elas não eram levadas a refletir sobre sua participação. Tornando-se muitas vezes invisíveis, passavam então a desempenhar apenas o papel de incubadoras humanas. Por outro lado, essas mães se

encontravam numa situação delicada: residiam na maternidade por meses contribuindo para recuperação do filho. Assim, muitas mães relatavam que poderiam estar "desperdiçando" tempo cuidando do seu bebê prematuro, que possivelmente poderia não sobreviver. Além disso, na maioria das vezes elas tinham outros filhos em casa e não contavam com o apoio de marido, família ou Governo. Descobri então que algumas mães, ao contrário do que eu imaginava, preferiam voltar para casa, deixando o filho aos cuidados da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN. Entretanto, essa opção muitas vezes não lhes era facultada, devendo as mesmas permanecerem na maternidade até o momento da alta ou falecimento do bebê.

O curso de psicologia, realizado anteriormente ao de fisioterapia, contribuiu para oferecer uma visão crítica em relação à situação das mães nesse ambiente, assim como me auxiliaram a observar criteriosamente como se desenvolviam os trabalhos em saúde numa determinada instituição de saúde.

Assim, durante esse estágio, comecei a refletir sobre o atendimento em saúde, principalmente o que envolve a díade mãe-bebê, dada a importância da formação do vínculo afetivo para o desenvolvimento sadio da criança. Passei, então, a investigar mais sobre o Programa Canguru, acreditando que poderia ser uma organização privilegiada para a análise das práticas de saúde ali desenvolvidas. Destaco alguns aspectos, tais como: 1) por se apresentar como uma política de humanização do SUS; 2) por se tratar de um programa de saúde pública, abrangendo principalmente usuárias de classe socioeconômica menos favorecida; 3) por lidar de forma rotineira e intensa com o estímulo à formação do vínculo afetivo entre mãe e bebê, o que delimita um campo bem demarcado de interações entre os sujeitos (profissionais, usuárias e familiares); 4) por ser um ambiente onde as usuárias residem dias ou até meses longe do seu convívio familiar.

A sensibilização com o Programa no momento do estágio levou-me a querer aprofundar o meu interesse, o qual se deu por meio do Doutorado. Para tanto, o campo de pesquisa já não era mais aquele da cidade de João Pessoa/PB, mas na cidade de Natal/RN. Trata-se do Programa Canguru implantado na Maternidade Escola Januário Cicco. Dessa forma, essa Tese teve como objetivo geral investigar as práticas institucionais-discursivas no Programa Canguru no contexto institucional dessa Maternidade em Natal/RN, atentando para os significados que os diferentes atores sociais (profissionais e usuárias) constroem tanto em relação ao seu papel desempenhado no Programa Canguru quanto à assistência prestada no cotidiano da instituição.

Procurei então mapear e interpretar essas práticas institucionais-discursivas através de dois estudos diferentes, definidos a partir de seus objetivos específicos:

ESTUDO I:

- Análise do significado de maternidade e família através do estudo do documento oficial que orienta a implantação e funcionamento do Programa Canguru: Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Mãe-Canguru: Manual Técnico;

ESTUDO II:

- Análise da dinâmica institucional cotidiana na Maternidade Januário Cicco atentando:
  - Para a forma como se desenvolve o cotidiano do trabalho em saúde dos profissionais do Programa Canguru, analisando a influência do contexto institucional na produção da assistência, nas relações de poder e nos aspectos

psicossociais que conformam o modo de fazer nessa determinada instituição.

- Para a análise da estadia das mães na maternidade (a história psicossocial de cada uma) e sobre a dinâmica de atendimento (acolhimento, interação com os profissionais, conhecimentos sobre o Programa Canguru e expectativas).

Nessa perspectiva, nos capítulos dessa tese serão encontradas ideias e reflexões que permeiam o objeto de pesquisa desse estudo: o Programa Canguru. O Capítulo I discute acerca do Programa Canguru no cenário mundial. Serão discutidos os progressos verificados na assistência neonatal, o desenvolvimento do Programa Canguru enquanto política pública de saúde, a política de humanização na saúde pública, e por último, o processo de trabalho em saúde e a humanização dos cuidados, a partir de uma abordagem crítica.

O Capítulo II descreve o percurso metodológico utilizado e os procedimentos que permearam a pesquisa. Esse tipo de pesquisa que envolve o cenário institucional das políticas públicas de saúde aponta para a necessidade de um instrumento teórico-metodológico que contemple a sua complexidade. A Etnografia Institucional respondeu a essa necessidade, uma vez que tenta desvelar como ocorrem as práticas cotidianas mediante a identificação e o mapeamento das complexas condições que determinam as relações entre os atores sociais no cotidiano do contexto institucional. No Estudo I, o documento oficial do programa foi analisado sob a perspectiva da análise de discurso proposta por Willig (2001). No Estudo II, a análise das construções discursivas dos atores sociais, obtidas com a aplicação de entrevistas, diário de campo, grupo focais e observação participante na Maternidade Januário Cicco, foi também conduzida a partir do referencial da análise de discurso.

O Capítulo III refere-se à apresentação dos resultados. Estes se encontram divididos em duas etapas: estudo I e estudo II. O primeiro estudo trata da análise do módulo 2 do documento oficial que regulamenta e normatiza a implantação, funcionamento e treinamento dos profissionais que atuam no Programa Canguru. Considerando que a maternidade é um tema enfatizado nesse documento, os conceitos de infância, maternidade e amor materno serviram como base para a análise documental, bem como para a análise dos dados empíricos da pesquisa.

O estudo II refere-se à análise da dinâmica institucional cotidiana na maternidade Januário Cicco, através das práticas, considerações e perspectivas dos profissionais do programa bem como das suas usuárias. Assim, no caso dos profissionais, as construções discursivas estudadas foram sobre: o posicionamento dos profissionais com relação ao Programa Canguru, o cotidiano do processo de trabalho em saúde e as perspectivas acerca das usuárias do Programa.

No caso das expressões das usuárias do Programa, as construções discursivas analisadas foram: o impacto do nascimento prematuro e o amor materno, o significado do Programa Canguru, a saudade de casa e a distância da família e o suporte emocional através da fé e da religião.

O Capítulo IV refere-se à discussão dos dados construídos no processo da pesquisa. Enfatizam-se dois tópicos que se destacam nos dados analisados: o processo interacional entre usuárias e profissionais perpassado pelas relações desiguais de poder e a consequente negação da subjetividade das usuárias do Programa Canguru. Além disso, serão apresentadas as reflexões acerca da situação das mães nesse ambiente.

Finalmente, nas considerações finais, busco adotar uma perspectiva crítica acerca dos resultados deste estudo, como também proponho novas sugestões de pesquisa no âmbito da assistência à saúde pública.

CAPÍTULO I

O PROGRAMA CANGURU COMO UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO E/OU DE BAIXO PESO

1.1. O parto prematuro

A cada ano nascem aproximadamente 20 milhões de bebês prematuros (menos de 37 semanas de gestação) e de baixo peso (menos de 2.500g), principalmente em países em desenvolvimento (WHO, 2003). A expansão da cobertura das redes de assistência à saúde e a melhor qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais vêm reduzindo constantemente a mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida). Todavia, estudos apontam que 61.4% da mortalidade neonatal encontram-se diretamente co-relacionadas ao nascimento prematuro e/ou ao baixo peso ao nascer, como infecção do trato respiratório, hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante e doença da membrana hialina (Aragão *et al.*, 2004; Victora, 2001).

A classificação do prematuro está relacionada com a maturação dos processos fisiológicos (funções respiratórias, digestiva e circulatória) do desenvolvimento fetal, que se encontra obviamente mais comprometida à medida que a idade gestacional for menor.

Assim, os bebês prematuros de baixo peso, ao nascer pesam entre 1.500g e 2.500g e nascem entre as 32 e 35 semanas de gestação. Cerca de 30% possuem imaturidade dos pulmões e necessitam de suporte respiratório. No entanto, já possuem maturação das funções cerebrais, rins e sistema digestivo, permitindo que cerca de 90% destes bebês sobrevivam (Lubchenco, 1984).

Prematuros de muito baixo peso no nascimento pesam entre 800g e 1.500g e nascem entre 26 e 32 semanas de gestação. Cerca de 70% apresentam imaturidade em nível de sistema respiratório, e de outros órgãos e sistemas, tornando-os dependentes de ventilação mecânica durante vários dias, bem como outros cuidados térmicos,

nutricionais e farmacológicos. Consequentemente, existe uma maior incidência de sequelas ao longo do tempo em relação ao grupo anterior.

O termo extremo baixo peso refere-se a bebês que pesem menos de 800g e nasçam antes de 26 semanas de gestação. Observa-se imaturidade de vários sistemas (pulmonar, digestivo, circulatório e renal), sendo os cuidados muito semelhantes aos de crianças de muito baixo peso, entretanto mais duradouros, chegando a ultrapassar três meses de vida pós-natal. Menos de 50% destes bebês sobrevivem, sendo a maior frequência de sequelas ao longo do tempo (Lubchenco, 1984).

Os partos prematuros ocorrem em situações de risco, tais como gestações na adolescência e em mães com idade acima de 35 anos. Entretanto, outras condições também são evidenciadas: baixo nível educacional materno, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes gestacional, infecção do trato genito-urinário, ausência de acompanhamento pré-natal, presença de outros filhos com baixo peso ao nascer e parto cesariano (Monteiro & Cervini, 1992; Villar, Valladares, Wojdyla, Zavaleta *et al*, 2006).

Observa-se que essas condições de risco são mais prementes entre a população de baixa renda, que sofre com as consequências da pobreza, baixo nível educacional, nutrição inadequada, péssimas condições de vida e baixa qualidade de acompanhamento pré-natal, o que influencia a saúde materno-infantil em geral (Goldenberg *et al.,* 2008; Monteiro & Cervini, 1992). Assim, enquanto em países desenvolvidos, o parto prematuro corresponde a 7% do índice total de partos, no Brasil, onde as estatísticas nem sempre são confiáveis, este índice é estimado entre 10% e 14% (Silveira *et al.*, 2008).

Os bebês prematuros e/ou de baixo peso, além de serem susceptíveis à mortalidade, também estão mais propensos às complicações decorrentes das infecções e

das lesões, as quais podem levar à paralisia cerebral, ao retardo mental e a outros distúrbios físicos e neurológicos. Além disso, essas consequências da prematuridade podem demandar acompanhamento especializado à criança por longos períodos, ou até mesmo por toda a vida, através de tratamentos médicos, fonoaudiólogos, fisioterapêuticos e educação especial (Arestégui, 2002). Precisam, portanto, ao nascer, de cuidados especiais intensivos, sendo, muitas vezes, internos em unidades de terapia intensiva neonatais (UTIn), até saírem da situação de risco que pode demorar entre dias e meses. Consequentemente, nesses ambientes os bebês prematuros muitas vezes são separados de suas mães, dificultando a amamentação e privando-os do contato afetivo necessário (Colameo & Rea, 2006).

Geralmente, após o nascimento, os pais passam a conhecer e conviver com seu bebê à medida que cuidam dele. O contato próximo entre mãe e bebê propicia a formação do apego entre eles (Badinter, 1985; Kitzinger, 1978). Entretanto, esse processo se dá aos poucos, no convívio diário, estabelecendo-se paulatinamente uma ligação afetiva sólida com os seus filhos. Portanto, a chegada de um bebê prematuro pode constituir uma quebra nesse processo, repercutindo de forma significativa no relacionamento entre pais e filho. O nascimento prematuro pode ser então vivido de forma angustiante por parte da mãe e dos familiares (Brum & Schermann, 2004).

Primeiramente, ressalta-se que a situação do parto prematuro por si só já ocorre de forma urgente, privando a mãe da preparação psicológica do final da gravidez. Existe também a separação imediata entre a mãe e o bebê logo após o parto. Ou seja, a mãe, além de ter que se recuperar do choque de ter dado à luz a um bebê prematuro, ainda tem que lidar com essa situação de separação. “Quando o bebê necessita de cuidados especiais e é levado para o berçário, o afastamento pode ser total; de modo que pode ser difícil para a mãe sentir que ele é realmente seu filho e, por vezes, ela o rejeita, mesmo

quando tem de cuidar dele". (Kitzinger, 1978, p. 144). Além disso, quando o bebê corre risco de morte, os pais sentem medo de iniciar uma ligação afetiva com o filho, devido ao fato de ele provavelmente vir a falecer (Gonçalves, 2003; Justo, 1990). Esse momento é marcado, dessa forma, pela coexistência de sentimentos ambíguos. A esperança de que ele viva é mesclada com desejos de morte que levam os pais a se sentirem culpados.

Ressalta-se, assim, que a mulher pode reagir positiva ou negativamente após o parto, a partir do seu posicionamento frente às dificuldades que a rodeiam. O seu equilíbrio durante a gravidez pode contribuir para a possibilidade de se organizar e reagir após o nascimento da criança (Gonçalves, 2003; Justo, 1990).

Desse modo, a atitude da mulher para com a gravidez e a maternidade é extremamente variável, mas existe sempre um investimento de uma enorme carga de sentimentos.

Nessa perspectiva, constata-se a necessidade essencial do contato imediato da mãe com o bebê prematuro logo após o nascimento, uma vez que as condições do parto prematuro por si só podem prejudicar o desenvolvimento da afetividade entre a díade devido à sua separação e internação do bebê na UTI (Brazelton e Cramer, 1989; Klaus & Kennel, 1992; Kitzinger, 1978).

1.2. As transformações na assistência neonatal

O cuidado médico institucional dos recém-nascidos, particularmente os prematuros, tem suas raízes na Europa há mais de 100 anos. Taylor (1887) publicou um artigo onde utilizou pela primeira vez o termo prematuro, descrevendo algumas características próprias desses bebês. O principal problema destas crianças era a hipotermia, questão crucial para sua sobrevivência. A primeira tentativa de resolver este problema foi o de colocar o recém-nascido numa esteira sobre o vapor emanado pela água em ebulição numa pequena banheira.

Em Paris, Pierre Budin, no ano de 1907, foi o primeiro idealizador da incubadora com paredes de vidros para permitir que a mãe facilmente visualizasse o filho. Entretanto, os cuidados com estes recém-nascidos consolidaram-se inicialmente através da exclusão dos pais aos cuidados com eles. Nessa época, verificava-se uma preocupação crescente com o problema das infecções hospitalares, tendo sido adotadas medidas de restrição de visitas dos pais aos bebês prematuros. Assim, até a década de 1950, os pais só podiam ver o filho uma vez ao dia através de paredes de vidro.

Contudo, a partir da década de 1940, as pesquisas de René Spitz (1987) constataram que após a separação de suas mães, as crianças hospitalizadas desenvolviam uma síndrome (depressão anaclítica), que além de comprometer o desenvolvimento da criança, ainda poderia culminar na morte. René Spitz descreveu, portanto, o resultado da ausência dos pais e do afeto como fator determinante no desenvolvimento da criança.

Mesmo trabalhando com crianças maiores, esses estudos serviram de base para as pesquisas posteriores com bebês internados em UTIs neonatais na década de 1970. Até essa década, existia a preocupação com a proteção de pacientes contra os perigos

reais de doenças contagiosas, o que levou a políticas extremas de isolamento e separação dos pacientes. Como resultado, as maternidades hospitalares reuniam os bebês a termo em grandes enfermarias a portas fechadas e os pais e familiares eram excluídos. Essa dinâmica resistiu até os primeiros estudos no ambiente de UTI (Brum & Schermann, 2004).

Os estudos de Klaus & Kennel (1992) foram conclusivos para a afirmação de que no ambiente hospitalar, em especial nas UTIs neonatais, havia um maior distanciamento dos pais em relação ao filho. Essa situação acarretava um menor apego e pouco ou nenhum desenvolvimento do vínculo afetivo, o que iria desencadear histórias frequentes de maus tratos e negligências com os bebês ao se integrarem ao ambiente familiar. Por outro lado, perceberam que um contato maior entre a mãe e o bebê favorecia a formação de vínculos (Klaus & Kennel, 1992; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Spitz, 1987).

Klaus e Kennel (1992) fizeram uma experiência em que deixavam os bebês a termo com as mães durante uma hora, nas três horas que se sucediam ao parto. Ligavam lâmpadas de aquecimento para permitir que as mães fizessem o contato pele a pele com os bebês. Descobriram que estas mães, em comparação com mulheres cujos bebês eram levados para o berçário, achavam muito mais tranquilo relacionarem-se com os filhos mais tarde, sentiam muito mais prazer na sua relação com eles e que um ano depois as diferenças entre os dois grupos ainda eram significativas.

Nessa perspectiva, de acordo com estes autores, embora se aumentem as chances de sobrevida do bebê ao ir ao berçário ou incubadora, a qualidade humana do ambiente em que nasce torna-se muitas vezes inferior, podendo ele sofrer carências emocionais desde o momento do parto.

Partindo desse pressuposto, pesquisadores propõem a permanência do recém-nascido junto à mãe por pelo menos cinco horas por dia (Klaus & Kennel, 1992). Essa proposta, juntamente com os avanços da medicina relativos à detecção e tratamento das infecções, colaborou para o desencadeamento da prática do *"alojamento conjunto"* (rooming-in) em que o bebê permanece vinte e quatro horas por dia ao lado da mãe. Nessa nova condição, a mãe assume todas, ou quase todas, as tarefas relativas aos cuidados de seus filhos de tal modo que o relacionamento entre ambos torna-se bastante estreito, possibilitando o estabelecimento do *"vínculo mãe-bebê"*.

Esses mesmos pressupostos aplicam-se de maneira mais contundente aos bebês prematuros, impossibilitados de sair do berçário e menos preparados para a experiência extra-uterina, para quem os autores propõem a abertura dos berçários para a entrada dos pais que estabelecerão aí o contato com seus filhos, prática que vem sendo desenvolvida em vários lugares do mundo, inclusive no Brasil.

Algumas maternidades brasileiras que já vinham permitindo a entrada dos pais na UTI desde a década de 90 tiveram como consequência menor índice de crianças abandonadas e maior participação dos pais na recuperação de seus filhos. Além disso, essa nova dinâmica implicou também na criação de vínculos de solidariedade entre as mães, podendo compartilhar o sofrimento e a dor, e assim promover uma recuperação mais rápida do seu bebê (Cattaneo *et al*, 1998; Klaus & Kennel, 1992). Dessa forma, a ideia de que os primeiros contatos entre as mães e os bebês seriam determinantes para a qualidade da relação que se estabelecerá mais tarde começou a ser difundida nos hospitais que, por sua vez, passaram a permitir e incentivar o contato precoce entre mãe e bebê.

Portanto, no âmbito materno-infantil, as unidades hospitalares de atendimento aos recém-nascidos têm sofrido modificações em sua rotina de processo de trabalho na

tentativa de favorecer, além de um atendimento de qualidade, a aproximação física e emocional entre mãe e bebê desde as primeiras horas após o parto, contribuindo para formação do vínculo afetivo (Cattaneo et al., 1998; Charpak, Calume & Hamel, 1999; Charpak, 2001; Klaus & Kennel, 1992).

Nessa perspectiva, o Governo Brasileiro vem considerando e estimulando a participação da mãe nas maternidades na criação e implantação de políticas públicas de saúde. O cuidado materno é assim valorizado como uma forma privilegiada de contribuir com a formação do vínculo entre mãe e bebê. Para tanto, os programas e políticas de saúde estão sendo criados a partir do discurso *"humanizador"*. Este discurso tem, de fato, sido utilizado como uma política de saúde, considerando a instituição de saúde, a partir de sua estrutura física, administrativa, tecnológica e humana, como um ambiente que deve valorizar e respeitar a dignidade humana a partir de um atendimento de qualidade, sendo a pessoa um paciente, familiar ou o próprio profissional que ali trabalha (Backes, Lunardi Filho & Lunardi, 2006).

Dessa forma, argumenta-se que a criação do Programa Canguru (oficialmente em 2000) como uma política de humanização hospitalar para bebês prematuros e/ou de baixo peso visa justamente a aproximação do bebê prematuro com sua mãe de forma a promover a amamentação, a criação do vínculo afetivo, redução do tempo de permanência do bebê na UTI, melhor controle térmico, entre outros. Assim, a implementação das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde pressupõe equipes de saúde com habilidades não só para orientar a prática do canguru nas unidades neonatais, mas também para lidar com os aspectos que podem influenciar o ato de cuidar por parte da mãe.

1.3. Reflexões sobre o Programa Canguru

Inicialmente chamado de Madre Canguru, este programa foi criado no Hospital San Juan de Dios – Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá, Colômbia, em 1979, pelos Doutores Edgar Sanabria Rey e Héctor Martínez Gomes, em resposta ao elevado índice de mortalidade entre os recém-nascidos prematuros, cuja principal causa era a infecção hospitalar (Carvalho & Prochnick, 2001).

A preocupação, na época, era encontrar uma alternativa para a dificuldade de acesso à tecnologia, o que obrigava a equipe de saúde a colocar dois ou três bebês juntos numa mesma incubadora, multiplicando as possibilidades de infecção hospitalar. Assim, utilizando as mães como substitutas de tal tecnologia, esse método supriria a sua falta e consequentemente reduziria tanto a mortalidade neonatal intra-hospitalar como também o tempo de permanência das mães e seus bebês prematuros na maternidade (Rosas & Toma, 2005).

O Programa Canguru implica a colocação do bebê diretamente no colo da mãe em contato pele a pele. A denominação desta prática surgiu a partir da observação dos filhotes de canguru, que após o nascimento, migram até o marsúpio de suas mães (espécie de bolsa que a canguru-fêmea traz consigo), permanecendo no interior do mesmo até se completar a gestação. O contato pele a pele é a chave para esta intervenção, uma vez que as mães colocam seus bebês contra seus seios na tentativa de mantê-los aquecidos. Essa postura vertical previne o refluxo e aspiração pulmonar como também favorece a formação do vinculo afetivo devido ao contato prolongado.

Nessa dinâmica, estimula-se a participação da mãe nos cuidados com seu filho, a fim de incentivar a formação do apego entre ela e o bebê, tornando-a a principal responsável pelo seu desenvolvimento (Brasil, 2002).

Após três décadas de implantação e pesquisa no mundo, o Programa Canguru vem provando suas contribuições a partir dos diversos benefícios para mães e bebês. Trata-se de um método efetivo para o controle térmico, uma das necessidades do prematuro. Também incentiva as condições maternas para amamentação e a proteção do bebê contra infecção, favorecendo, devido à proximidade física, o desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê (Cattaneo *et al.*, 1998; Charpak, 2001; Charpak & Ruiz-Pelaéz, 2006).

Atualmente, este programa vem se desenvolvendo em diferentes espaços geográficos, variando sua aplicação no que diz respeito à abrangência, tempo de início e término e tempo de permanência do bebê na posição canguru. Não há, portanto, um Programa Canguru único, consensual. As formas de aplicação desse método são diversas, variando de acordo com a cultura, as condições sociais e os desenvolvimentos dos serviços de saúde nos quais ele é aplicado (Charpak, Calume & Hamel, 1999), conforme descrevem-se abaixo:

1) Como uma alternativa parcial ou complementar à incubadora – assim ele é praticado principalmente na Colômbia, Bolívia, Equador, Guatemala, Peru, Moçambique, Argentina, Nicarágua e em algumas regiões do Brasil;

2) Como substituto total das incubadoras – assim ele é praticado no Zimbábue e em outros países africanos;

3) Como processo de estreitamento do vínculo afetivo mãe-bebê nos serviços de neonatologia – assim ele é praticado na Grã-Bretanha, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Canadá, França, África do Sul e alguns Estados do Brasil.

Na Colômbia, este programa ainda hoje consiste basicamente em manter o recém-nascido prematuro ou de baixo peso ligeiramente vestido em contato com a região do colo de um adulto, alimentá-lo com leite materno e dar alta precoce, com

controles ambulatoriais frequentes, sendo a incubadora substituída por uma fonte humana de calor direto (Colameo & Rea, 2006; Calume & Charpak, 1995).

Neste país, esta prática é feita em duas fases: a de adaptação hospitalar e a de adaptação ambulatorial. A primeira etapa ocorre na UTI neonatal, onde o bebê permanece na incubadora para tratamento de patologias existentes e adaptação à vida extra-uterina. Logo em seguida, inicia-se a fase ambulatorial, ou seja, o treinamento dos pais sobre o manejo do bebê para alta hospitalar. Nesse processo, toda família é estimulada a participar, permanecendo o dia inteiro na maternidade para a análise clínica e treinamento dos cuidados gerais. No final do dia, os pais levam o bebê para casa retornando, em média, três vezes por semana para o acompanhamento clínico na maternidade (Charpak, Calume & Hamel, 1999).

Apesar de ser uma estratégia de intervenção inicialmente utilizada na Colômbia para redução da mortalidade neonatal e dos gastos com os serviços médicos, no Brasil, este programa tem uma identidade diferenciada, justamente a partir de sua identificação como prática "humanizada", enfatizando-se os efeitos benéficos do vínculo afetivo comprovados especialmente para a saúde da criança (Anderson, Moore, Hepworth & Bergman, 2004; Cattaneo et al., 1998; Charpak, Calume & Hamel, 1999; Charpak, 2001; Klaus & Kennel, 1992; Klaus & Kennel, 2000; Lamy et al.,2005).

A proposta do Programa Canguru no contexto Brasileiro divide-se em três fases, segundo a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru:

- 1ª Fase: Nesta fase o bebê encontra-se internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A norma determina que haja livre acesso e participação da família nos cuidados com o bebê, estímulo ao aleitamento materno e o contato pele a pele progressivo, até a colocação do prematuro em "posição canguru". Para tanto,

geralmente as mães passam a residir no alojamento conjunto da maternidade aguardando a alta do bebê para segunda fase;

- 2ª Fase: Nesta fase o bebê encontra-se em condições de ficar em alojamento conjunto com a mãe onde permanecem em posição canguru pelo maior tempo possível. A mãe amamenta e fornece os cuidados específicos ao bebê prematuro, ambos apoiados pelos profissionais do hospital; em relação ao bebê, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1.250g, ganho de peso diário acima de 15g;

- 3ª Fase: esta etapa é a alta hospitalar. O bebê recebe alta com o peso mínimo de 1.600g. (variando de acordo com as normas da instituição), capacitado a sugar o seio, desde que tenha a condição de recorrer à unidade hospitalar em caso de urgência. Assim, os pais e o bebê passam a ser acompanhados pela equipe responsável pelo método ("follow-up"), inicialmente a cada 2 dias, e depois semanalmente até que atinja 2.500g ou mais (Brasil, 2002).

Assim, diferentemente do atendimento desenvolvido na Colômbia, a maioria das mães – usuárias do SUS – proveniente de áreas rurais e de escasso poder econômico, continuam a viver nos alojamentos conjuntos das maternidades até que o bebê atinja peso suficiente para receber alta, situação que pode durar entre semanas e até meses.

Como destacado anteriormente, algumas maternidades, como o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, em Recife, e o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, já vinham aplicando esta técnica como um projeto piloto desde meados da década de 90 (Cardoso, Romiti, Ramos, Issler & Sanches, 2006).

Todavia, a ideia inicial de transformar esse método de intervenção em política pública de saúde surgiu a partir de um grupo de trabalho estabelecido em 1999, pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, que reuniu representantes da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Federação Brasileira de

Ginecologia e Obstetrícia, UNICEF, Universidades (UNB e UFRJ), Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco e BNDES.

Esse encontro gerou a publicação, em março de 2000, da portaria número 72, intitulada "Norma de Orientação para Implantação do Projeto Canguru", regulamentando a remuneração para essa modalidade de atendimento no Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. No dia 5 de julho de 2000, sob o numero 693, o projeto foi publicado na íntegra do Diário Oficial da União.

Essa norma, atualizada na Portaria de numero 1.683 de 12 de julho de 2007, contém as informações necessárias à aplicação das três fases do Programa Canguru, especificando-se a população-alvo, os recursos necessários para adoção do programa, as normas gerais e as vantagens para a promoção da saúde do bebê. Objetiva também apoiar a capacitação da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos e nutricionistas) na implantação do programa nas unidades de saúde do país conveniadas pelo SUS com atenção à gestante de alto risco.

Entretanto, apenas em 2002, o Ministério da Saúde, em parceria com o Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES[1] e a Fundação ORSA[2] lançaram um manual de treinamento das equipes de saúde do Programa Canguru. O documento "Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Mãe-Canguru: Manual do Curso" enfoca os aspectos psicológicos, biológicos, os cuidados com o prematuro de baixo peso e o acompanhamento ambulatorial. É considerado

[1] O BNDES financia, com recursos não reembolsáveis, a realização de pesquisas ou estudos que contribuam para a formação de políticas públicas ou a geração de projetos relacionados ao desenvolvimento econômico e social do Brasil e da América Latina.
[2] O Grupo ORSA, empresa nacional que processa produtos de origem florestal, desde madeira até papel e derivados, destina 1% do seu faturamento bruto para a Fundação ORSA, que investe em tecnologias sociais em benefício de crianças, adolescentes, famílias e comunidades.

instrumento para treinar e normatizar o trabalho das equipes destinadas a atuarem no Programa Canguru (Brasil, 2002).

As vantagens do programa indicadas pelo documento oficial do Programa Canguru (Brasil, 2002) são: 1) aumentar o vínculo mãe-filho; 2) menor tempo de separação mãe-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial; 3) estímulo ao aleitamento materno, favorecendo maior freqüência, precocidade e duração; 4) maior competência e confiança dos pais no manuseio de seu filho de baixo peso mesmo após a alta hospitalar; 5) melhor controle térmico; 6) menor número de recém-nascidos em unidades de cuidado intermediários devido a maior rotatividade de leitos; 7) melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; 8) diminuição de infecção hospitalar; 9) menor permanência hospitalar.

O Brasil foi o primeiro país a adotar o Programa Canguru como política pública de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), padronizando e sistematizando seu atendimento através de portarias, normas e manuais de treinamento. Através dessa política, percebe-se que o Governo Brasileiro pretende mudar a postura da assistência prestada, tendo como objetivo difundir e instrumentalizar profissionais da área da saúde na utilização da norma, no sentido de melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços em saúde pública.

Enfatiza-se o termo humanização na elaboração desse tipo de política pública como uma estratégia de qualificação do cuidado associado ao reconhecimento dos direitos do paciente e dos trabalhadores do SUS, de suas subjetividades e referências culturais (Benevides & Passos, 2005; Deslandes, 2004; Salem, 1983; Tornquist, 2002, 2003, 2007).

Reconhece-se que o Programa Canguru vem demonstrando resultados positivos, tanto em relação à economia de recursos quanto aos aspectos psicológicos e biológicos:

controle térmico, estímulo à amamentação, aumento do vínculo afetivo entre mãe e bebê, diminuição dos casos de bebês abandonados nas maternidades e dos maus tratos contra essas crianças ao se integrarem ao ambiente familiar (Charpak *et al.*, 2005).

Assim, ao ser considerado uma tecnologia de cuidado humanizado, permitindo à família participar de forma ativa no cuidado do bebê, espera-se que a implantação do Programa Canguru atente para a complexidade dos aspectos sociais, biológicos e emocionais que permeiam a participação dos atores sociais envolvidos nessa dinâmica.

Diante dessa preocupação, apesar de reconhecer os benefícios do programa, algumas pesquisas no Brasil têm suscitado reflexões acerca de aspectos psicossociais permeando a experiência da maternidade, que dificultam a participação das mães. Entre esses aspectos relacionados às condições sociais de vida estão a falta de planejamento da gravidez, perdas em gestações prévias, a falta de apoio da família (Moura & Araújo, 2005, Toma, 2003). Em um estudo realizado numa maternidade de São Paulo, constatou-se que 60% das usuárias optaram por não participar do Programa Canguru. As principais barreiras relatadas por estas mães em residir na maternidade foram a existência de outros filhos, a falta de ajuda relativa para as tarefas domésticas e a escassez de recursos para o transporte (Toma, Venâncio & Andretto, 2007).

Tende-se a desconsiderar que esse tipo de intervenção, na avaliação dos doutores Martinez e Sanabria, idealizadores do Programa Canguru, deve ser algo proposto pela equipe de saúde, e nunca uma imposição. Igualmente, que algumas mulheres estão disponíveis, física e emocionalmente, apenas para o contato corpo-a-corpo (mãe e bebê permanecem vestidos), e não para o contato pele a pele, que é a base para a transmissão do calor e do estímulo sensorial (Carvalho, 2001).

Assim, os condicionantes sociais influenciam na forma como o Programa se apresenta e é, de fato, implantado. Por este motivo é que se entende que existam vários

Programas Canguru no Brasil, de acordo com as particularidades de cada instituição. Não há, portanto, um Programa Canguru único, consensual. Verifica-se que cada Estado aplica o método de maneira divergente. Por exemplo, em Natal-RN e em João Pessoa-PB, a maioria das usuárias é proveniente do interior do Estado, o que dificulta a operacionalização em nível ambulatorial, restando à mãe residir no hospital até a alta de seu filho. Mas em Itapecerica da Serra-SP, o programa atende basicamente à população desta cidade, a qual é pequena. Desse modo, não há necessidade da mãe residir no hospital; o canguru é realizado na maternidade todos os dias durante o dia, retornando a mãe para dormir em casa. Consequentemente, a participação das mães no programa também se diferencia de acordo com o caráter adotado por cada instituição.

Portanto, o que de fato contesta-se nessa pesquisa é que, mesmo sendo um programa de tamanha eficácia, a participação materna parece não estar sendo adequadamente valorizada na prática cotidiana dos serviços, de modo que a ausência de reflexão sobre as condições sociais que permeiam o envolvimento das mães no programa torna por fim a sua participação simplificada. Nesse sentido, o que poderia ser um procedimento amplo e rico acaba por ser reduzido apenas aos aspectos biológicos.

Por outro lado, também não existem pesquisas que contemplem as condições de trabalho no Programa Canguru, considerando as principais dificuldades, anseios e perspectivas nesse ambiente de trabalho.

Questiona-se então o significado do “atendimento humanizado” como proposta oficial para o Programa Canguru. Compreender a abrangência desse tipo de intervenção, analisando criticamente as consequências de sua aplicação, pode conduzir a um posicionamento mais crítico da sociedade diante dessa postura “humanizante” que as políticas públicas têm adotado.

1.4. A política nacional de humanização - HUMANIZA SUS

A compreensão e utilização do termo humanização das práticas em saúde implicam a aproximação crítica que permita abranger a temática para além dos seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões históricas, políticas e filosóficas que lhe imprimem um significado (Casate & Corrêa, 2005).

O movimento de humanização do atendimento iniciou-se na enfermagem norte-americana na década de 1950, a partir da reflexão sobre as práticas de atendimento consideradas "desumanizantes", apontando-se resumidamente:

a) as condições precárias de trabalho em saúde, implicando falhas, estresses e defesas psíquicas dos profissionais de um lado, e o mau acolhimento, longas esperas e dificuldade de acesso por parte dos usuários (Casate & Corrêa, 2005; Deslandes, 2005);

b) as necessidades subjetivas, culturais e pessoais dos usuários ignoradas pela hegemonia biomédica, levando a um atendimento impessoal, focalizando apenas na patologia e não no ser humano de forma integral (Casate & Corrêa, 2005);

c) o uso da tecnologia como substitutivo da relação profissional-paciente, desvalorizando-se a relação interpessoal, a comunicação e empatia entre ambos (Casate & Corrêa, 2005; Deslandes, 2005).

Apenas a partir de 1970, a humanização começou a ser discutida no campo da medicina com um encontro ocorrido em São Francisco (EUA) intitulado "Humanizando o Cuidado em Saúde", derivando uma publicação com essa mesma denominação (Howard & Strauss, 1975).

Esse simpósio teve como objetivo conceituar, ou pelo menos identificar, o que seria humanização e desumanização do cuidado em saúde e as possíveis maneiras de

implementar cuidados humanizados. Assim, o papel de fatores estratégicos para (des) humanização do cuidado foi relacionado a partir: da relação médico-paciente, da formação médica, da comunicação e acesso à informação no processo terapêutico, das relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões e dos fatores psicológicos e subjetivos envolvidos (Howard & Strauss, 1975).

Todavia, apesar de a humanização ter sido analisada e divulgada na década de 1970 pela literatura norte-americana, os estudos atuais não utilizam mais este termo. Os conceitos de qualidade de atendimento, empoderamento dos usuários e profissionais e os determinantes sociais da saúde passaram a ser enfocados e valorizados, ao invés da utilização do termo humanização nos serviços de saúde.

No Brasil, as reflexões acerca do tema humanização iniciaram de forma mais intensa no final da década de 1970, a partir dos amplos movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário. O movimento feminista também teve uma maciça influência em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos como uma crítica ao modelo médico hegemônico (Deslandes, 2006; Diniz, 2005).

A preocupação em melhorar a qualidade da assistência no Brasil iniciou-se primeiramente no âmbito obstétrico. A crescente taxa de partos cesarianos (atualmente em cerca de 40% na rede pública e 80% na rede privada), juntamente com o excesso de práticas intervencionistas no parto normal, serviu como ponto de partida para o descontentamento de grupos de mulheres e profissionais de saúde unidos através da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) (Diniz, 2005).

Essa discussão ganhou grande impulso a partir de 1985, quando representantes e convidados da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde reuniram-se em Fortaleza (Interregional Conference on Appropriate Technology

for Birth) a fim de estipular algumas recomendações para um conjunto de práticas consideradas “desumanizantes” na assistência ao parto (Wagner, 1994).

Nesse momento, começou a surgir um movimento de absoluta negação ao modelo tecnocrático. Surgiu então um forte e imediato consenso: é necessário “humanizar” o parto e o nascimento. Dessa forma, a proposta da humanização passou a ser, inicialmente, o reconhecimento da autonomia da mulher enquanto ser humano e da necessidade de respeitar seu bem-estar e do seu recém-nascido (Serruya, Lago & Cecatti, 2004).

Essas reflexões, que até então estavam arraigadas apenas no campo da obstetrícia e setores feministas da classe média educada, vão ser incorporadas como um conjunto de diretrizes que constituirão o escopo de diversos programas e políticas de saúde no Brasil a partir de 1990. Algumas secretarias municipais e estaduais de Saúde seriam precursoras do processo de humanização, sendo ampliado posteriormente, atingindo uma abrangência nacional extensivo à toda atenção hospitalar no ano 2000, através do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (Deslandes, 2005).

O PNHAH visava, dentre outras questões, “humanizar” a assistência pública da saúde prestada aos pacientes do SUS, assim como aprimorar as relações existentes entre usuários e profissionais, entre os profissionais, e entre o hospital e a comunidade, com vistas a melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados (Brasil, 2001).

Este discurso tem, de fato, sido utilizado como uma política de saúde, considerando a instituição de saúde, a partir de sua estrutura física, administrativa, tecnológica e humana, como um ambiente que deve valorizar e respeitar a dignidade humana a partir de um atendimento de qualidade seja a pessoa um paciente, familiar ou o próprio profissional que ali trabalha (Backes, Lunardi Filho & Lunardi, 2006).

Um dos aspectos mais relevantes desse interesse em melhorar a assistência na saúde é o de reordenar as prioridades dos serviços em saúde, oferecendo um novo olhar, abrangendo os aspectos sociais dos usuários e trabalhadores. Nesse momento, a humanização deixa de estar restrita ao campo da obstetrícia e passa a abranger toda rede de cuidados na saúde. A discussão sobre o acolhimento, a importância do diálogo, da conversa ganha enquadramentos teóricos à luz da filosofia, sociologia médica, psicologia e psicanálise, sendo vistos como estratégicos na produção de cuidados em saúde (Campos, 2000; Deslandes, 2006; Filgueiras, 2006; Teixeira, 2005)

Em 2004, a política de humanização intensifica-se no campo da saúde e passa a ser ampliada: deixa de estar limitado a programas que incluem vários projetos importantes como “Parto Humanizado” e “Humanização da Atenção Hospitalar”. Buscando traçar um plano comum e transversal por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde, o PNHAH transformou-se em três programas/políticas: a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão em saúde – PNH, o Humaniza SUS; a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, em 2000, e o Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento, em 2002. Tais programas e políticas são acompanhados da produção de diretrizes técnicas importantes, tais como os manuais: Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher, de 2001 e o Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Mãe-Canguru, de 2002, que seriam a base de vários cursos de capacitação de profissionais no país inteiro (Deslandes, 2005; Heckert, Passos & Barros, 2009).

1.5 O processo de trabalho em saúde e a humanização dos cuidados: uma abordagem crítica

O debate sobre a humanização da assistência hospitalar relaciona-se com o processo de trabalho em saúde, na medida em que este se situa nas condições concretas do trabalho dos profissionais no seio das instituições de saúde e a forma de interação com a população usuária.

O trabalho em geral, e no campo da saúde em particular, é considerado um dos espaços mais importantes na subjetivação e definição de identidades na sociedade. Entretanto, paradoxalmente, observa-se que na sociedade capitalista, as relações de trabalho encontram-se intrinsecamente relacionadas às condições socioculturais e ao status social dos atores sociais envolvidos, raramente se constituindo como uma forma de realização pessoal (Traverso-Yépez, 2008).

Dessa forma, entende-se que o trabalho em saúde não se encontra descontextualizado do sistema socioeconômico do qual faz parte. A Revolução Industrial favoreceu não apenas a substituição dos trabalhadores por equipamentos, como também mudanças no arranjo tecnológico das práticas de saúde. Portanto, a organização do trabalho em saúde passou a ser afetada pelo desenvolvimento tecnológico e pela especialização (Feuerweker & Cecílio, 2007).

O que diferencia o processo de trabalho em saúde de outras formas de produção material e industrial é que, na medida em que produz serviços, tem a peculiaridade de ser consumido no exato momento em que é produzido. Assim, de acordo com Merhy (2002), a atenção à saúde envolve sempre o encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários e a utilização de diferentes tipos de tecnologias: tecnologia dura – os equipamentos e os medicamentos; tecnologia leve-dura – os saberes científicos da

clínica e da epidemiologia; tecnologia leve – as tecnologias relacionais por meio das quais se produz o cuidado (escuta, vínculo, responsabilização, singularização, entre outras).

Trata-se, então, de um tipo de serviço que não se realiza sobre objetos, e sim a partir da relação entre pessoas. Por esse motivo é que se entende que o trabalho em saúde é um processo sempre relacional, de encontro com o outro, perpassado pelas experiências de vida, pelos saberes de saúde, pelas práticas e materialidades do sistema assistencial e da sociedade da qual os envolvidos fazem parte, gerando, portanto, formas de ação e formas de intersubjetivação complexas (Traverso-Yépez, Bernardino & Gomes, 2007). Dessa forma, o modo de trabalhar em saúde é uma produção que se alicerça na interface das subjetividades de seus próprios membros (Franco & Merhy, 2004; Merhy, 2002; Silva, 1994).

Entretanto, essa complexidade da produção do cuidado a partir de uma relação dialógica muitas vezes não conduz necessariamente a uma abordagem interdisciplinar. Ao contrário, devido à hegemonia biomédica, percebe-se o caráter parcelar e fragmentador do próprio trabalho em saúde. Igualmente, a institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização e a maciça incorporação das tecnologias duras contribuíram para que as tecnologias duras prevalecessem sobre as leve-duras no trabalho em saúde, implicando um empobrecimento dos aspectos dialógicos da relação profissionais-usuários (Feuerweker & Cecílio, 2007; Franco & Merhy, 2004).

Pires (1996) em sua tese de doutoramento concluiu que o trabalho em saúde é, majoritariamente, um trabalho institucionalizado, seu ato assistencial resulta de um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais da saúde, entretanto, o médico é o elemento central do processo assistencial. Os médicos ocupam, dessa forma, o topo do

processo de trabalho em saúde, persistindo uma sobrevalorização do trabalho desse profissional em detrimento dos outros profissionais da saúde (Feuerweker, 2005).

Consequentemente, o médico ainda é visto como agente principal nos cuidados à saúde em função do modelo hegemônico prevalecente, em detrimento dos demais profissionais que também tem uma importância fundamental no trabalho em saúde (Traverso-Yépez, 2001). Essa ordem hierárquica, que também reflete a origem social dos trabalhadores em saúde (algumas categorias, como atendente e auxiliar de enfermagem, são desempenhadas por pessoas de nível socioeconômico menos privilegiado), reproduz na organização do trabalho hospitalar as relações de desigualdade e dominação da sociedade.

Ademais, Campos (1997) aponta a fragmentação, a imobilidade e a burocratização como problemas importantes no trabalho de saúde pública no contexto brasileiro. Para este autor, o trabalho em saúde sofre influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho. Nessa perspectiva, considera-se esse tipo de assistência fragmentado, resultante de um trabalho parcelado e compartimentalizado.

Talvez devido a essa situação, nas últimas décadas, os serviços de assistência no setor da saúde vêm sofrendo inúmeras críticas. Essas críticas, principalmente relativas ao modelo biomédico praticado na assistência, refletem um debate sobre as práticas clínicas em geral. O ponto de partida desse debate seria a percepção de que as técnicas atualmente empregadas obedecem a uma lógica de valores em que a tecnologia aparece como o ícone máximo na assistência (Serruya, Lago & Cecatti, 2004).

O desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, sem dúvida, mas tem como efeito adverso o distanciamento entre usuários e

profissionais da saúde. A teia inter-relacional, ou seja, o conjunto das relações que se estabelecem nas instituições – como profissional-paciente, gestores-profissionais, profissional-equipe e outros – necessita ser considerada e avaliada no sentido de contribuir para consolidar um conjunto de ações dirigidas aos cuidados em saúde (Mota, Martins & Véras, 2006).

Além disso, a impressão de má qualidade dos serviços de saúde no Brasil encontra-se também relacionada à falta de qualidade no atendimento. Atenta-se ao fato de que no modelo hegemônico biomédico, na medida em que se enfoca a doença e desconsidera-se o valor da experiência subjetiva do paciente, negligencia-se a prática de escuta do outro. Dessa forma, não são consideradas as relações intrínsecas entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e ambientais relacionados ao processo saúde-doença (Traverso-Yépez & Morais, 2004).

As reflexões sobre a precariedade desses serviços incentivaram então o Governo Brasileiro a admitir que as práticas de saúde necessitariam estar sujeitas à maior regulação e aos parâmetros de utilização para promover efetividade e eficiência nesse setor. Reconheceu-se que a qualidade de atendimento aos usuários nos serviços de saúde precisava melhorar em todos os aspectos (acesso, acolhimento, qualidade, resolutividade). Como resultado, o Governo investiu na criação de uma política pública que preconizasse a construção de uma gestão participativa que envolvesse trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de corresponsabilidade baseado em contratos e compromissos com o sistema de saúde (Trad & Esperidião, 2009).

Dessa forma, na tentativa de melhorar a qualidade do trabalho em saúde, as políticas e os programas empreendidos pelo Governo têm sido elaborados e articulados em torno de um conjunto de valores e práticas identificadas através do conceito de humanização. Invoca-se a ideia de um modelo assistencial que, a partir de amplo e

cotidiano investimento comunicacional entre gestores, profissionais e usuários, seja capaz de valorizar como sujeitos os diferentes atores envolvidos no processo de produção de cuidados (Deslandes, 2006). Assim, o conceito de humanização para o Ministério da Saúde está associado a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção (Brasil, 2004).

O conceito de humanização é polissêmico, comportando diversos enunciados e é permeado por imprecisões. Todavia, os modos de conceituar a humanização estão sempre relacionados às práticas ditas humanizadoras. Seus significados vão desde o senso comum "ser bom com o que sofre", até as leituras de um humanismo revisitado, aberto sinergicamente ao singular de cada experiência humana (Deslandes, 2005; Heckert, Passos & Barros, 2009).

Nos documentos oficiais e publicações feitas no Brasil os eixos de discussão sobre humanização circulam em torno de um discurso academicista, que sugere o bom uso da tecnologia aliado às estratégias relacionais do cuidado com o outro. A discussão tende a se centrar numa perspectiva prescritiva baseada em normas, geralmente enfatizando a humanização como um padrão do qual as práticas de saúde deveriam fazer parte (Gastaldo, 2005).

Entende-se que algumas medidas das políticas de humanização são necessárias, como a publicação de normas e portarias, que dão o suporte legal para que algumas práticas se concretizem. Entretanto, algumas dificuldades no processo de implementação e administração dos programas de saúde pública se refletem na forma como as políticas de humanização vêm sendo aplicadas nos serviços de saúde. Uma vez

que o processo tem se desenvolvido através de normas e portarias, tende-se a desconsiderar a dinâmica institucional e a subjetividade dos diferentes atores envolvidos nesse espaço (Véras & Traverso-Yépez, 2010; Véras, Morais & Traverso, no prelo).

O encontro terapêutico entre o usuário e o profissional certamente apresenta características diversas. Os distintos atores configuram sua própria maneira de trabalhar, sendo influenciados pelo contexto local e extra local no qual estão inseridos. Ao desenvolver a prática cotidiana nas instituições, cada profissional, além de ativar as particularidades pessoais, ainda lida com variáveis institucionais como posição social, poder, salário, relação com os outros, qualificação técnico-científica, entre outros (Ayres, 2006). Por isso, defende-se que humanizar, além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas, ou seja, o cuidado com o outro.

De acordo com Boff (1999), cuidar é mais que um ato, trata-se de uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Portanto, o grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Ao assumirmos verdadeiramente o modo-de-ser-cuidado no momento assistencial, admitimos que a saúde e doença não são apenas objeto, configuram modos de ser-no-mundo.

Deve-se então avançar na perspectiva de práticas operacionais, transformadoras, reflexivas, contextualizadas com a dinâmica dos atores e dos serviços que reconheçam

os processos de produção de subjetividades e a dinâmica da desumanidade da determinação social da saúde (Gastaldo, 2005).

Agir sobre a assistência, visando um novo modelo de atenção à saúde que reconheça o outro enquanto ser humano e a si mesmo enquanto cuidador, requer refletir sobre a forma como essa assistência se organiza, as relações que se constroem na prática, as vicissitudes dos processos de trabalho e os recursos físicos e humanos. Isso promoverá a desconstrução dos saberes e práticas estabelecidas, abrindo espaços de possibilidade para o surgimento do novo.

Assim, a humanização não pode ser pensada como um padrão a ser seguido. Deve ser entendida como uma estratégia política de interferência no processo de produção de saúde, considerando-se os sujeitos sociais, que, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste complexo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo (Mota, Martins & Véras, 2006).

Igualmente, estudar a humanização como norma de política pública implica não só em discutir o termo e analisar a atual situação em que se encontram os serviços de saúde. Implica a aceitação da pluralidade humana e a reflexão sobre a intersubjetividade dos atores sociais envolvidos, enquanto principais responsáveis para mudanças no assistencialismo do âmbito da saúde.

Entretanto, o termo humanizar tem sido cada vez mais frequente nos serviços de saúde, funcionando muitas vezes como “chavão”, negligenciando-se a relevância de ir além das palavras para o tipo de práticas que as racionalidades e materialidades do sistema socioeconômico vigente viabilizam. A reflexão sobre esses usos e as práticas de

saúde a eles relacionadas têm nos levado à preocupação por espaços sociais que favoreçam práticas alternativas, tais como “cuidar” e “acolher” (Traverso-Yépez, 2008).

Nessa perspectiva, o Programa Canguru apresenta-se como um contexto institucional privilegiado para a análise das práticas ali desenvolvidas por se tratar de um programa de humanização do SUS e por ser um ambiente marcado pela interação constante entre profissionais da saúde e usuárias, delineando o caráter de trabalho em saúde nesse contexto institucional. Portanto, na intenção de desvelar como se desenvolvem as práticas cotidianas nesse ambiente, permeadas pelos documentos oficiais do programa, este trabalho insere-se na dinâmica de funcionamento do Programa Canguru, atentando para as particularidades do trabalho em saúde conformada pelos atores sociais (profissionais e usuárias).

CAPÍTULO II

PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA DA PESQUISA

2.1. A Etnografia Institucional

As metodologias qualitativas são mais frequentemente utilizadas na área das ciências sociais, devido às peculiaridades do objeto social. Parte-se do conhecimento da natureza dinâmica e negociada da ordem social, constituída de múltiplas realidades, e que não podem ser operacionalizadas através de variáveis e análises estatísticas.

Analisar a dinâmica institucional/discursiva de uma determinada organização de saúde exigiu-me uma postura metodológica que valorizasse a esfera das experiências cotidianas institucionalizadas. Cada instituição possui seu contexto organizacional próprio disposto através de um tipo de cartografia. A coordenação do trabalho e as relações de poder existentes no espaço institucional, que fazem as práticas cotidianas acontecer de certo modo e não de outro, precisam então serem analisadas como se estivessem configuradas na forma de um mapa (Smith, 2005). Assim, a Etnografia Institucional apresentou-se como o caminho metodológico adequando, respondendo à necessidade de abranger os objetivos de pesquisa deste estudo.

A Etnografia Institucional (EI) desenvolveu-se a partir dos estudos da socióloga Canadense Dorothy Smith e sofreu forte influência do posicionamento epistemológico desenvolvido no âmbito dos estudos feministas, da etnometodologia de Garfinkel e do materialismo marxista.

Tendo as relações sociais como ponto central de sua análise, a EI oferece um caminho para explicar de que forma o cotidiano institucional se articula com as relações sociais do amplo processo social e econômico vigentes. Smith (2005) denomina essas relações vigentes de relações extra locais, que por sua vez normatizam e modelam a vida cotidiana das pessoas. A proposta da Etnografia Institucional seria, dessa forma,

não transformar as pessoas em objetos, passíveis de análise, mas sim preservar suas subjetividades enquanto sujeitos em constante processo de mudança (Carroll, 2006).

O etnógrafo institucional objetiva então analisar uma instituição como um todo, avaliando de que forma a vida social é organizada e como o processo de trabalho é ativado. A análise é sempre levada a novas questões e perspectivas que podem ser sempre passíveis de reflexão (DeVault & McCoy, 2002).

Instituição nesse caso não se refere a um tipo particular de organização; ao contrário, é o objeto de um projeto de pesquisa empírica, onde a atenção do pesquisador deve ser voltada para investigar e entender as relações que se processam nos espaços institucionais e como os atores envolvidos as vivem e atuam. Por exemplo, ao se considerar os cuidados de saúde pública como uma instituição, o vasto campo que abrange o processo de trabalho deve ser levado em consideração, tais como: hospitais, consultórios médicos, determinantes sociais da saúde, mercado farmacêutico, planos de saúde, Governo, Ministério da Saúde, formação acadêmica dos profissionais da saúde, entre outros (DeVault & McCoy, 2002).

De acordo com Smith (2005), as relações sociais são baseadas em *textos* que modelam as particularidades pessoais de cada indivíduo de forma normatizadas e generalizadas, coordenando as atividades diárias desses atores sociais que compõem as instituições.

Os *textos* configuram-se na Etnografia Institucional como os usos corriqueiros que organizam as práticas sociais e dão forma à experiência local e à vida institucional, podendo ser documentos, normas, rotinas, protocolos. É a partir dos *textos* que organizamos nossos discursos e práticas, uma vez que eles atuam como chave na conjuntura entre os *settings* locais do cotidiano das pessoas e as relações normatizadas (Smith, 2005). Desse modo, a pesquisa em Etnografia Institucional busca “mapear”

esses textos a partir de uma leitura reflexiva, procurando analisar como se estrutura e organiza o fenômeno em estudo perpassado pelas relações normatizadoras (Campbell & Gregor, 2002).

A necessidade de mapear as relações extra locais fundamenta-se no fato de que na dinâmica de trabalho em saúde, as práticas cotidianas nesse âmbito geralmente são reproduzidas nos espaços institucionais pelos profissionais de forma não reflexiva (DeVault & McCoy, 2002; Smith, 2005).

Consequentemente, agindo a partir dos automatismos do cotidiano, os profissionais passam a desenvolver atividades diárias normatizadas e moldadas pelas relações de poder locais e translocais vigentes. A EI almeja, portanto, investigar a interconexão entre aspectos locais da vida cotidiana e processos translocais de administração e governo que têm importante papel na organização em nível local do fazer diário das pessoas (Campbell & Gregor, 2002; DeVault & McCoy, 2002).

O interesse na Etnografia Institucional é justamente porque ela possibilita unir duas vertentes numa só: uma vez que as experiências rotineiras das pessoas são ativadas no contexto institucional a partir dos *textos*, precisamos mapear os *textos* para analisar a prática cotidiana, ao mesmo tempo em que também precisamos da análise das práticas cotidianas para análise dos *textos* (Smith, 2005). Esse tipo de mapeamento analítico promovido pela EI pode esclarecer áreas de dificuldade para o atendimento nos serviços de saúde, assim como indicar direções para potenciais mudanças que interferem na vida cotidiana das pessoas (DeVault & McCoy, 2002; DeVault, 2008).

A partir de uma problemática particular que, no caso da presente pesquisa, procura mapear e explorar de que forma se desenvolvem as práticas institucionais/discursivas no Programa Canguru, pretende-se entender como as práticas cotidianas são definidas e passam a institucionalizar as formas de ação nesse contexto.

2.2. A organização do processo de pesquisa e as estratégias metodológicas

O passo inicial dessa presente pesquisa foi a sua aprovação junto ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes, cuja cópia encontra-se anexada ao final da tese.

Em seguida, deu-se início à revisão bibliográfica, que continuou durante todo o processo de pesquisa. Uma consistente seleção e revisão de literatura tem sido relevante para a análise e crítica do conhecimento produzido sobre os eventos explorados, o que tem ajudado a refletir sobre a temática em estudo e ainda acerca da sua forma de pensar sobre a problemática. Esse exercício de seleção e leitura na Etnografia Institucional ajudou, assim, a configurar a minha posição teórico-epistemológica no estudo.

Realizei também uma análise dos documentos oficiais relativos à implantação e treinamento dos funcionários que atuam no Programa Canguru (Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Mãe-Canguru: Manual Técnico). Estas normas foram examinadas a partir da análise de discurso baseada em Willig (2001). A análise do documento oficial baseou-se na identificação dos principais objetos discursivos sobre a maternidade e a família nesse contexto.

Paralela a esta análise, durante dois anos de pesquisa de campo frequentei a Maternidade Escola Januário Cicco, em Natal, a fim de mapear o atendimento às usuárias do Programa Canguru desta instituição. A observação participante nesta Maternidade-Escola foi desenvolvida no período aproximado de dois anos: entre junho de 2006 e abril de 2008. A seguir, descrevo as técnicas utilizadas durante a pesquisa de campo desse estudo:

Observação Participante

A técnica de observação participante possibilita o contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, conseguindo informações acerca da realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, como parte do contexto, estabelece uma relação face a face com os observados e, nesse processo, tem a oportunidade de modificar ou ser modificado pela situação (DeVault & McCoy, 2002).

Dessa forma, a observação participante representa um caminho para se obter conhecimento a respeito das crenças, valores, atitudes e outros aspectos de um determinado grupo cultural. Portanto, nessas observações, buscou-se interagir com os profissionais e com as usuárias do programa, no intuito de participar da vida deles no seu ambiente natural de convivência.

Diário de Campo

O diário de campo constitui-se em um instrumento pessoal e instransferível do pesquisador, disponível para registrar suas percepções, angústias, questionamentos e informações que não seriam obtidas por meio de outras técnicas. Ademais, muitas vezes, as entrevistas formais limitam o fornecimento de informações que podem aparecer mais facilmente nas conversas informais e situações presenciadas. Por esse motivo, as conversas informais, registradas também em diários de campo, serviram como importante instrumento para análise dos dados.

Entrevistas

Na Etnografia Institucional, os discursos obtidos através das entrevistas funcionam como reveladores das relações de poder que modelam as experiências particulares e perpassam o contexto subjetivo dos atores sociais em questão, do qual

ambos, pesquisador e pesquisados, fazem parte (DeVault & McCoy, 2002). Dessa forma, as entrevistas semiestruturadas foram utilizadas no percurso metodológico tanto com as usuárias quanto com os profissionais do Programa Canguru. Oito profissionais foram entrevistados individualmente: uma médica, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, um psicólogo e uma estagiária de psicologia. Além disso, 11 mães também foram entrevistadas individualmente. Os roteiros das entrevistas com os dois grupos estão nos anexos 1 e 2 ao final da tese.

A seleção dos profissionais que foram entrevistados individualmente foi realizada de forma aleatória, respeitando a vontade em participar do estudo. Depois de esclarecido os aspectos éticos e legais da pesquisa, iniciava-se cada entrevista de forma individual, geralmente no posto de saúde do Programa Canguru.

A seleção das mães que foram entrevistadas individualmente também ocorreu de acordo com a disponibilidade em participar. Como a escolha era feita aleatoriamente, após o acordo e a assinatura no termo de consentimento, as mães eram solicitadas a participar da entrevista que geralmente se desenvolvia na enfermaria, com a mãe sentada na sua própria cama.

Grupos focais

Além da observação participante, as conversas informais e as entrevistas, os grupos focais também foram utilizados para uma maior imersão no contexto institucional das práticas cotidianas e uma aproximação coletiva com os sentidos produzidos pelos usuários e trabalhadores em saúde.

Entre as vantagens com o uso dos grupos focais, ressalta-se a possibilidade de intensificar o acesso a informações acerca de um fenômeno, seja pela intenção de gerar

tantas idéias quanto possíveis ou pela averiguação de uma idéia em profundidade. Na medida em que diferentes olhares e diferentes ângulos de visões acerca de um fenômeno vão sendo colocados pelos sujeitos, desperta nos mesmos a elaboração de certas percepções que ainda mantinham-se ausentes de reflexões (Dall'Agnol & Trench, 1999).

Os grupos focais foram realizados com os profissionais e com as usuárias separadamente na tentativa de promover um ambiente mais propício a reflexões sobre o papel de cada um na instituição.

Dessa forma, foram realizados 3 grupos focais com os profissionais, escolhidos e convidados aleatoriamente de acordo com a disponibilidade de participação. A caracterização dos grupos focais com os profissionais segue adiante:

Tabela 1: Caracterização dos grupos focais com os profissionais

Grupo focal	**Participantes**	**Tempo decorrido**
1	2 Enfermeiras 1 Técnica de Enfermagem 1 Estagiária de Enfermagem	26:30
2	1 Psicólogo 1 Estagiária de Psicologia 1 Assistente social	17:20
3	1 Enfermeira 2 Técnicas de Enfermagem 1 Assistente social 1 Psicólogo	41:02

Com as mães usuárias do Programa Canguru foram realizados seis grupos focais com uma média de seis mães em cada grupo focal, também escolhidas aleatoriamente e de acordo com a vontade de participar:

Tabela 2: Caracterização dos grupos focais com as mães

Grupo focal	Número de Participantes	Tempo decorrido
1	6	25:00
2	5	18:20
3	3	15:35
4	6	30:00
5	7	43:20
6	4	17:00

Dessas mães que participaram dos grupos focais, apenas 4 foram entrevistadas individualmente. Além dessas 4 mães, 7 outras mães (que não participaram dos grupos focais) também foram entrevistadas individualmente, somando-se 11 no total.

Geralmente os grupos focais se realizavam no corredor da enfermaria. Dessa forma, as mães permaneciam sentadas em cadeiras ou nas camas. Algumas mães deixavam o bebê na cama para participar do grupo e outras levavam seus bebês. Nesses grupos focais, após a minha apresentação, eu decorria brevemente acerca do histórico e benefícios do Programa Canguru (o que de imediato já estimulava a participação das mães buscando mais informações e esclarecendo dúvidas acerca do tema). Depois, algumas perguntas previamente elaboradas iam sendo propostas, gerando sempre a participação das mães, o que determinava o caminho temático das discussões do grupo.

Além desses recursos utilizados, foram feitas também visitas a outros programas (Maternidade Cândida Vargas/PB, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco - IMIP/PE[3], Hospital Geral de Itapecerica da Serra/SP e o Hospital Dona Estefânia em Lisboa/PT), a fim de ressaltar a importância em conhecer e discutir como o Programa Canguru funciona em outras instituições. A partir do conhecimento da forma como é administrado em outras maternidades, pode-se refletir sobre os fatores que influenciam no caráter adotado por cada programa.

[3] O Instituto Materno-Infantil de Pernambuco é centro de referência do Programa Canguru no Brasil.

O contato da orientadora com o Programa Canguru na Colômbia também permitiu conhecer o contexto em que surgiu este método, assim como verificar as diferenças na aplicação existentes entre o Brasil e Colômbia. Ressalta-se que neste país o atendimento é feito de forma ambulatorial, incluindo alta precoce das mães e bebês e acompanhamento sistemático do desenvolvimento das crianças. Por outro lado, devido a essa característica institucional, esse tipo de intervenção na Colômbia possibilita como também incentiva a participação dos pais e de toda família nos cuidados com o bebê prematuro, conforme se visualiza na figura a seguir:

Figura 1: Foto do atendimento ao recém-nascido no Instituto Materno Infantil de Bogotá - Colômbia, 17/02/2007

2.3. O processo de análise dos dados

Para responder aos objetivos dessa pesquisa, utilizou-se uma abordagem multimétodo. Em primeiro lugar, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica sobre a construção sócio-histórica da maternidade a fim de proceder à análise do documento

oficial do programa, através da concepção de maternidade construída e difundida nesse ambiente. Conforme explicado na Introdução, a análise dos dados organiza-se a partir de dois estudos, intitulados Estudo I e Estudo II. O Estudo I refere-se à análise documental. A interpretação dos discursos contidos no módulo II do manual (Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Mãe-Canguru: Manual Técnico) foram analisados à luz da análise de discurso proposta por Willig (2001).

Existem diversas formas de análise de discurso. Em geral, elas apresentam em comum o fato de situarem o discurso como uma prática social, perpassada pelas relações de poder e ideologias vigentes no contexto social em que é produzido (Willig, 2001). Assim, para esse primeiro estudo, empreendeu-se a análise documental no intuito de avaliar os tipos de discursos presentes no documento oficial do Programa Canguru. Além disso, esse tipo de análise também tratou de oferecer uma reflexão acerca da forma como esses discursos influenciam a maneira de as pessoas pensarem e sentirem, modelando a prática cotidiana de cada uma.

Tendo em vista que as mulheres são consideradas cuidadoras principais no Programa Canguru, considerou-se importante estudar os conceitos de maternidade, família e infância implícitos nos documentos oficiais e como estes configuram também as práticas. Essa necessidade apoiou-se no fato de que os documentos oficiais não são considerados apenas como um modo de expressão, mas também como práticas institucionais, ou seja, como formas de organização, enquanto reguladoras e administradoras da vida social. Enquanto as construções discursivas presentes nos documentos oficiais legitimam e reforçam as relações existentes nas estruturas institucionais, estas, ao mesmo tempo, também apoiam e validam os discursos (Bernardes & Menegon, 2007; Sykes *et al.* 2004; Willig, 2001).

Assim, ao utilizar irreflexivamente as normas, os formulários, os protocolos e os documentos oficiais, assim como ao adotar sem questionamentos os procedimentos e práticas estabelecidas, os diferentes atores sociais convertem-se em instrumentos das relações desiguais de poder que, embora organizadas para além do *setting* local, nele se reproduzem.

O Estudo II aborda o processo de trabalho na Maternidade Januário Cicco e a situação das usuárias deste serviço. A análise dos dados – obtidos com a aplicação das entrevistas, diário de campo, grupos focais e observação participante na maternidade – foi também conduzida a partir do referencial da análise de discurso (Gil, 2002). É importante ressaltar que na Etnografia Institucional, os enunciados dos entrevistados não são considerados como janelas da experiência interna dos mesmos, mas como reveladores das relações de poder que modelam as experiências locais e perpassam o contexto intersubjetivo em questão, do qual pesquisador e pesquisados fazem parte (DeVault & McCoy, 2002).

Assim, a análise de discurso não é uma metodologia que apresenta procedimentos formais e rigorosos. A ênfase é dada na exaustiva leitura e identificação das construções discursivas relacionadas com o objeto de pesquisa, os quais são estudados no contexto social da fala e do processo interacional a serem apresentados no capítulo III.

A análise do conjunto das informações, geradas através das diferentes estratégias adotadas, foi feita visando: 1) desvelar as principais construções discursivas presentes no documento oficial do programa; 2) as inter-relações entre as práticas dos diversos atores sociais (profissionais e usuárias); 3) as condições de exercício dessas práticas e 4) os interesses e relações de poder, locais e translocais, em jogo.

Nessa perspectiva, a análise do discurso é considerada uma prática e um campo da línguística e da comunicação especializada em analisar construções ideológicas presentes em um *texto*. De acordo com Maingueneau (1989), o discurso é uma prática social de produção de textos. Isto significa que todo discurso é uma construção social, não individual, e que só pode ser analisado considerando seu contexto histórico-social, suas condições de produção. Significa, assim, que o discurso tem a capacidade de refletir uma visão de mundo determinada, necessariamente vinculada ao próprio indivíduo e à sociedade em que vive.

Dessa forma, na análise de discurso, a fala toma uma dimensão mais específica: a inter-relação entre textos e as práticas de sua produção, disseminação e recepção a transforma em algo passível de análise (Phillips & Hardy, 2002). Em outras palavras, a realidade social é produzida e praticada através de discursos. Assim, as interações sociais podem ser mais bem compreendidas a partir dos significados que os discursos oferecem (Fairclough, 1995).

Para dar sentido ao discurso das pessoas, é necessário, então, analisar o contexto social de cada uma e situá-lo na sua fala (Willig, 2001). Para tanto, deve-se considerar: 1) O discurso em si mesmo (a partir do conteúdo e da organização dos textos); 2) A linguagem como construtiva e construída (a partir dos recursos linguísticos preexistentes, atentando para a variedade existente da língua); 3) Discurso como forma de ação (todo discurso é visto como prática social, estando orientado pelo contexto interpretativo interacional); 4) Convicção na organização retórica do discurso (a vida social apresenta-se perpassada por conflitos e os discursos intentam oferecer uma "versão" para esses conflitos) (Gil, 2002).

Para Willig (2001), a análise de discurso pode assim ser descrita como um caminho diferenciado de leitura – leitura da orientação para a ação (ou seja, o que o

texto está fazendo?), ao invés de simplesmente ler seu significado (o que o texto está dizendo?). Igualmente, Fairclough (1995) argumenta que o foco de interpretação do discurso pode ser esquematizado através de três dimensões da prática discursiva: 1) sua manifestação na forma lingüística ("textos" escritos ou verbalizados); 2) sua classificação como prática social; e 3) focalizada no processo socialmente construído de produção, distribuição e consumo das ideias, determinando a forma como os textos são elaborados, circulados e utilizados. Assim, o que os analistas de discurso fazem é "produzir leituras de textos e contextos que estão garantidos por uma atenção cuidadosa aos detalhes, e que emprestam coerência ao discurso em estudo" (Gil, 2002, p. 255-6).

Nessa perspectiva, ressalta-se ainda que os textos individuais não produzem por si só a realidade social, mas fazem parte de práticas discursivas ou práticas perpassadas por discursos que constituem um fenômeno social. Especificamente na assistência à saúde, reconhece-se que os discursos dos profissionais e usuários são construídos a partir de diversas vivências, relações e interações sociais (entre seus pares, familiares, vizinhos, mídia, sociedade em geral, Governo, gestores e tantos outros). Esses discursos são permeados pela situação socioeconômica, condição de gênero e poder a que esses indivíduos estão vinculados, tendo, portanto, um caráter multifacetado. Existe, dessa forma, uma conexão entre as relações locais do contexto institucional com as relações extra locais que permeiam o contexto sociocultural (Willig, 2001). A análise de discurso trata, assim, de analisar o complexo processo que perpassa os fenômenos individuais, institucionais e interinstitucionais o que determina o discurso de cada indivíduo.

Ressalta-se, assim, que todas as versões da realidade social são construções sociais perpassadas pelo processo contínuo da produção discursiva. Não existe, dessa forma, uma 'verdadeira' ou única representação da realidade. Embora algumas versões sejam mais legítimas e claras, elas são igualmente produtos da dinâmica interação

humana (Phillips & Hardy, 2002). Nessa perspectiva, todas as versões da realidade podem ser analisadas usando as técnicas de análise de discurso para explorar o processo de construção social e o papel dos atores interessados.

Consequentemente, não existe uma “receita” para a análise. A diversidade do fenômeno sob investigação significa que a forma de análise poderá variar de estudo para estudo (Phillips & Hardy, 2002).

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

ESTUDO I

A MATERNIDADE NO PROGRAMA CANGURU: ANÁLISE DO MÓDULO 2 DO DOCUMENTO OFICIAL DO PROGRAMA CANGURU

Esse capítulo objetiva analisar o módulo 2 do documento oficial de treinamento das equipes do Programa Canguru (Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Mãe-Canguru: Manual Técnico) e as possíveis maneiras que podem influenciar na forma de pensar e agir dos atores sociais envolvidos nesse programa.

Esse manual, considerado instrumento para treinar e normatizar o trabalho das equipes destinadas a atuarem no Programa Canguru, apresenta o programa, discute os aspectos psicoafetivos e biológicos da mãe/pai e do recém-nascido prematuro, como também discorre sobre o desenvolvimento e a avaliação comportamental dos bebês, de forma a capacitar os funcionários a trabalharem nesse tipo de intervenção.

Uma vez que o Programa Canguru enfatiza essencialmente os cuidados maternos, apoiando-se no conceito do vínculo afetivo entre a díade mãe-bebê, considera-se que as mulheres são as cuidadoras primárias da criança. Portanto, a análise do documento oficial deste programa, assim como seu funcionamento, suscita reflexões acerca de alguns aspectos que permeiam o ato de cuidar nesse contexto, tais como o amor materno, as concepções sobre a maternidade e a responsabilidade da mãe sobre o desenvolvimento do bebê.

Nesse sentido, visando embasar a análise do documento oficial, temas como a instituição familiar, o significado da infância e da maternidade serão discutidos adiante

a partir de uma análise sócio-histórica desde a Antiguidade, articulando-os com as transformações da própria medicina.

3.1. As transformações históricas do significado de família e infância desde a Antiguidade

A concepção da família e da infância nunca foi homogênea, variando de uma cultura para a outra. Apenas no último século a ideia da família nuclear passou a se desenvolver a partir das relações igualitárias entre seus membros. Todavia, estudos relatam que até a Idade Média, a partir da hegemonia do sistema patriarcal, o homem era percebido como superior à mulher e à criança, os quais deveriam ser submissos à sua autoridade (Mariotti, 2006, Therborn, 2006). Segundo Therborn (2006), o modo de família patriarcal refere-se à dominação do pai e à dominação do marido no lar, nesta ordem. Assim, se o homem estava no lugar central da família, o papel da mulher relacionava-se apenas à servidão. Esse sistema patriarcal subsiste ainda na idade moderna, determinando muitas vezes o caráter familiar de certas sociedades.

Por outro lado, Riane Eisler mostra em seu livro *The Chalice and the Blade* (1988) que as mulheres, de fato, tiveram uma forte influência nos primórdios da humanidade, prevalecendo a cultura matrística em diferentes sociedades ditas primitivas ao longo da história. Esta autora destaca que quase tudo que hoje se sabe sobre a Antiguidade é baseado em suposições e deduções, principalmente nas culturas como Babilônia, Suméria e Creta. Porém, o importante é saber que existiram culturas pré-patriarcais, cujo modelo de convivência não era baseado na autoridade e na competitividade, mas sim na coletividade e relações solidárias.

De fato, autores como Mariotti (2006) preferem falar que essa classificação de matriarcal e patriarcal não se refere ao sexo em si, mas a determinadas atitudes de vida que são tidas como femininas ou masculinas. Por exemplo, a sociedade matriarcal é caracterizada pela postura sistêmica, acolhedora e libertadora, enquanto a patriarcal é marcada pela competência, força e autoritarismo (Mariotti, 2006).

Nos períodos e culturas identificados como matriarcais, a influência 'feminina' tinha um alto status em função da sua capacidade de procriação e tendiam a ser sociedades marcadas por valores como a criatividade e a menor repressão social e sexual.

Contudo, os achados arqueológicos demonstraram que essa cultura matriarcal foi destruída pelos indo-europeus que vieram do Oriente para onde alguns haviam emigrado antes, e começaram a invadir a Europa por volta de 5.000 a.C. Dessa forma, a cultura matriarcal deu origem ao patriarcado europeu a partir de mudanças sociodemográficas, que determinaram uma inovação histórica mundial.

Com o Cristianismo, as culturas influenciadas por estes valores religiosos passaram a definir o papel da mulher espelhando-se no exemplo supremo da Virgem Maria de obediência e castidade. Embora o casamento de José e Maria seja colocado meramente como um caminho para a missão de Maria de gerar o filho de Deus, esta se tornou um símbolo de esposa ideal. Dessa forma, as mulheres cristãs por muito tempo se espelhavam na pureza miraculosa de Maria (Yalom, 2002).

Assim, a partir dos anos II e III d.C. o matrimônio no mundo cristão adotou uma dimensão psicológica e moral de forma que o casamento e seus frutos passaram a ser considerados sagrados; desta maneira, o nascimento de um bebê era considerado uma riqueza, um fruto indispensável e insubstituível (De Prada, Actis & Pereda, 1989).

Entretanto, apesar de o nascimento ser considerado algo sagrado e muito valorizado nesta época, não existia uma consciência sobre a particularidade do significado da infância. A criança, ao atingir os sete anos, pertencia à sociedade dos adultos e não existia uma imagem ou um tratamento diferenciado por parte destes, integrando estes pequenos, precocemente, à vida social.

A influência dos eclesiásticos e do Cristianismo ao longo da Idade Média tiveram repercussões na configuração da família cristã e na escolarização das crianças, na medida em que se permitiu o surgimento de um sentimento de família como valor específico, indicando os principais deveres dos pais na criação dos filhos. Porém, as maiores mudanças em relação à família e à infância serão percebidas apenas a partir do Renascimento, mais marcadamente com a sociedade moderna.

Esta época apresenta-se como uma fase no processo de desaparecimento da civilização medieval e sua transformação em um mundo moderno. A partir do surgimento das cidades na Europa, os habitantes desses centros, empenhados no comércio e na indústria, desenvolveram uma nova classe social, a classe média, ou burguesia. Essa nova classe não se preocupava mais na terra, mas na produção e circulação de artigos de comércio que se mediam através do dinheiro (Rosen, 1994).

O avanço tecnológico, apoiado no investimento na educação e no cultivo da ciência, começou indicar o surgimento do interesse pela saúde pública e formas de controle de doenças endêmicas causadas pela aglomeração de pessoas nas cidades. Como o crescimento das cidades se deu de forma rápida e desordenada, alguns problemas sociais surgiram, tais como o destino da água de esgoto e de outros refugos das casas e das ruas assim como a falta de água. Cabia à população se responsabilizar pela limpeza e organização das ruas sob pena de multa por parte do Governo (Rosen, 1994).

Neste contexto, o Estado já se direcionava para um governo nacional centralizado, com um conjunto de doutrinas políticas e econômicas que influenciariam a administração da saúde pública, e o Estado tomava para si a responsabilidade absoluta de proteção da saúde do povo (Rosen, 1994).

No entanto, o povo não passava de mero objeto do cuidado do governo, uma vez que através de leis e medidas, lhes ordenava o que deviam ou não fazer. A assistência médica também refletia esse caráter autoritário. Os hospitais foram sendo criados inicialmente para atender pobres, idosos, cegos e outros incapazes de trabalhar que viviam à margem da sociedade. Apenas a partir do século XVIII é que se consubstanciou a ideia de que os hospitais deveriam ser lugares para tratamento de doentes e centros de estudos e ensino da Medicina.

A partir do crescimento da indústria, marcadamente na Inglaterra, o trabalho passou a ser essencial na geração da riqueza da nação. E o surgimento do Iluminismo, associado ao *boom* da Revolução Industrial, fortaleceram a preocupação pela saúde pública.

> Para o Iluminismo eram essenciais a aceitação do supremo valor da inteligência e, em consequência, a crença na utilidade da razão para o progresso da sociedade... Para os iluministas, suas ideias e atividades seriam um bem para a humanidade, pois coincidiam com os interesses do gênero humano. Inspirados na confiança no aperfeiçoamento do homem através da educação e das instituições livres, os filósofos franceses Diderot, d'Alembert, Voltaire e Rousseau se concentraram na reforma da sociedade (Rosen, 1994, p. 111).

Assim, a partir do século XIX, com o desenvolvimento da indústria e do capitalismo surgiu o empenho em desenvolver uma teoria social para a saúde (Rosen, 1994). Deste modo, a classe burguesa passou a se constituir como classe dominante nas sociedades ocidentais, não só nos planos econômicos e políticos, mas também a partir do sistema de normas e valores. Assim, *seu* modelo de família e *sua* concepção da infância se erigiram num modelo imperativo para o conjunto da sociedade.

Do mesmo modo, a forte polarização e o surgimento de conflitos sociais derivados da industrialização converteram os trabalhadores em classes ameaçadoras aos olhos da burguesia. E uma das estratégias para conservar seu papel dominante e garantir a produtividade nas fábricas foi constituir setores de apoio social para esses "atrasados".

Dessa forma, a burguesia tida como classe dominante, *seu* conceito de infância se erige em um modelo universal, graças a uma complexa relação de regulação e dominação dos setores populares. Essa clivagem de classes é que tem permitido afirmar que o estudo da família burguesa se refere à história da *cultura da sociedade,* enquanto a família popular remete às ideias de *sobrevivência e condições de vida* (De Prada, Actis & Pereda, 1989).

Essa "Nova Filosofia" refletia um interesse pelos problemas de saúde e bem-estar dos pobres, mas não se baseava apenas nos princípios de caridade, como também na intenção de controlá-los frente à preocupação com a mendicância e os problemas de saúde. Estes pressupostos básicos da desigualdade social continuam tendo eco na definição de novos parâmetros de inserção para os excluídos e marginalizados. Uma compreensão das construções históricas acerca dessa divisão de classes e das relações de poder implícitas é fundamental para abrir espaços para reflexão sobre as políticas de saúde.

Concomitantemente, a Revolução Industrial impulsionou um movimento de crescimento populacional o que acarretou numa pauperização desse novo proletariado que migrava para o modo de vida urbano em busca de ocupação, implicando uma mudança profunda do sistema de família patriarcal.

A estrutura familiar sofreu, portanto, grandes mudanças sociais e econômicas no decorrer do século XIX. A primeira delas foi a *proletarização* que afetaria o patriarcado, uma vez que o pai proletário não teria propriedades a transmitir a seus descendentes. A segunda grande mudança foi a *urbanização*, visto que a grande heterogeneidade da população escapava do controle social. E a última foi a *industrialização*, pois esta afeta o patriarcado e qualquer arranjo familiar existente, principalmente pela separação em grande escala entre o lugar de trabalho e a residência, enfraquecendo o controle paterno (Therborn, 2006).

Ademais, as mudanças sociopolíticas também poderiam ser incluídas nessa pauta, uma vez que o incentivo à escolarização das crianças de certa maneira as retirava do domínio do pai, passando a educação ser responsabilidade do Estado.

Aprofundando-se nas transições por que passou o significado da família, Foucault (2006) apresenta uma análise histórica das relações de poder, refletindo sobre a estruturação dos padrões de comportamento a partir de duas forças principais, *poder e norma*, que por sua vez funcionam como um mecanismo de controle da família. A partir do século XVIII, a proliferação de 'tecnologias políticas' começaram a investir na forma de policiamento sobre o corpo, a saúde, as formas de se alimentar e morar, as condições de vida e o sentido completo da existência. Assim, os indivíduos passam a ser regulados a partir de uma ordem de poder para abolição de condutas não aceitáveis, como também para produção do novo dispositivo de família, reorganizada, com laços estreitos, intensificada a partir de dispositivos de aliança. Este último é entendido como

um sistema de matrimônio, de fixação e desenvolvimento dos parentescos, de transmissão dos nomes e dos bens.

Então, existia um interesse pelo controle das famílias através de técnicas de dominação com a intenção de normatizar as relações ali existentes. “Este controle, exercido junto às famílias, buscava disciplinar a prática anárquica da concepção e cuidados físicos dos filhos, além de, no caso dos pobres, prevenir as perigosas consequências políticas da miséria e o pauperismo.” (Costa, 1989, pg. 51).

Como resposta à Revolução Industrial juntamente à divulgação dos ideais do Iluminismo como movimento filosófico e do liberalismo como doutrina econômica e política, o Estado iniciou o movimento sanitarista do século XIX. E a forma encontrada para intervir nas famílias foi a partir da ressignificação do sentido de infância. Considerando que as taxas de mortalidade infantil eram tão altas quanto as de natalidade, passou a existir uma forte preocupação pelo desperdício de vidas e sua incidência na economia nacional. Assim nasceu um movimento de reforma das condições responsáveis pelas mortes de crianças. Essas ações sanitaristas envolveram a melhora dos cuidados das crianças até a idade adulta, de forma que a infância passou a ter um novo valor a partir do surgimento da família nuclear (Ariés, 1981; Costa, 1989; Rosen, 1994).

Essa dinâmica de intervenção nas famílias ocorreu em dois pólos distintos, de acordo com a classe socioeconômica da população. Nas camadas mais abastadas prevaleceu a difusão da medicina doméstica, onde a aliança entre o médico e a mãe beneficiou tanto a ‘promoção’ da mulher a seu novo status dentro da família como reforçou o papel do médico sobressaindo-se às normas religiosas e aos cuidados leigos de outrora. As mulheres foram promovidas socialmente em função do desempenho exclusivo de seu papel materno. “Tradicionalmente presa ao serviço do marido, da casa

e da propriedade familiar, a mulher ver-se-á, repentinamente, elevada à categoria de mediadora entre os filhos e o Estado" (Costa, 1989, p. 73). Na perspectiva de Donzelot (1986) esse status foi o que contribuiu para que a mulher burguesa abrisse para si um novo campo profissional através da revalorização das tarefas educativas.

Por outro lado, nas famílias populares, a reorganização se deu via estratégias de filantropia. Através de novas políticas públicas, o Estado incentivou o cuidado das crianças pelas próprias mães, a quem garantia auxílio financeiro, tendo como principal objetivo reduzir a mortalidade infantil, o abandono de crianças, uniões não 'legalizadas' e as mendicâncias das famílias. Por intermédio dessa prática, essas crianças ao chegarem à fase adulta poderiam compensar este investimento por meio do trabalho.

Dessa forma, a diferença principal é que a aliança com o médico passa a valorizar as tarefas educativas da mulher burguesa, oferecendo uma nova continuidade entre suas atividades familiares e suas atividades sociais. A mulher então poderia, ao mesmo tempo, ser suporte de uma transmissão do patrimônio no interior da família e o instrumento de irradiação cultural no exterior (Donzelot, 1986).

Ao passo que a mulher burguesa assumiu sua missão de educadora aprendida dentro da família, a mulher da classe popular, por sua vez, passou a desempenhar um papel antagônico com seu novo status materno. Sua missão não era a de propagar a educação difundida dentro da família para o meio externo, como a outra, mas a de contribuir para vigilância dos desvios sociais de seu marido e filhos contra as tentações do exterior a fim de evitar as ações de mendicância e vagabundagem (Costa, 1989).

Assim, para as famílias de classe popular não se estabeleceu uma proteção e defesa dos seus direitos, mas sim uma vigilância efetiva que tratava de eliminar as tendências em viver nas ruas e reduzir os comportamentos aleatórios e imprevisíveis:

controle e combate contra as uniões informais (concubinato), o descaso com a infância (vagabundagem infantil), e as práticas de maus tratos e abandono das crianças.

Esta operação de moralização e culpabilização das famílias ocorreu por meio de uma política geral, cuja finalidade foi o de regular o cotidiano, particularmente dos membros de classe popular, através de todos os atos da vida, incluindo os mais íntimos e os mais privados. Na verdade, a mãe se tornaria numa espécie de cuidadora da família sob o controle dos médicos da saúde pública e da assistência social (De Prada, Actis & Pereda, 1989).

Pode-se afirmar então que o campo da infância e o complexo sistema criado para regulá-lo não passavam de um projeto burguês que visava o controle das famílias do proletariado urbano. E sobre a ótica da busca de segurança para um desenvolvimento saudável das crianças decorria a extensão do controle médico sobre os pais e sobre a criação dos filhos. A saúde passou então a ser um dos objetivos essenciais da família que se transformou em um alvo constante da medicalização.

A medicalização compreende a capacidade do saber médico de se apropriar de problemas cotidianos e revesti-los de significado e explicações da medicina estimulando o aumento do consumo de serviços médicos. A base dessa prática foram as descobertas biológicas que ampliaram o poder social da medicina, cujo discurso naturalista e universalizante foram gradativamente adquirindo legitimidade e ingressando nos espaços privados das famílias, ditando normas e táticas médicas e higiênicas da burguesia (Costa, 1989).

Álvarez-Uría e Varela (1994) descrevem quatro fases que contribuíram para o processo de medicalização, apresentadas ordenadamente. Primeira fase: dominância do modelo hospitalocêntrico; segunda fase: dominância da medicina social; terceira fase:

especialização da medicina e integração nos programas de assistência social; quarta fase: avanço tecnológico da medicina e a fragmentação das intervenções médicas.

Dessa forma, a dominação da classe médica através da medicalização, aliada ao interesse do Estado em defender suas vantagens econômicas, erigiu um discurso às mães em que se reforçava a necessidade de a mulher ocupar-se de seus filhos. Este discurso baseava-se no argumento de que esta seria a forma natural e adequada de cuidados com a criança, uma vez que é concernente apenas à 'natureza feminina' a educação e os cuidados com os filhos.

Assim, a partir do século XVIII, inúmeras publicações passaram a exaltar o amor materno e a função materna como pilar da sociedade e da força dos Estados, tornando-se um fato social. A significação da infância teve sua contribuição para a idealização e responsabilização materna. O interesse pela preservação da vida das crianças posiciona as mães como principais responsáveis pelo bem-estar dos filhos.

Baseando-se nessa perspectiva, autores como Del Prada, Actis e Pereda (1989), posicionam a infância como o resultado de um grande processo de institucionalização que vem se cristalizando através de sucessivos conjuntos de normas e significações sobre o que é ou deve ser uma criança. Esses conjuntos de normas tendem a configurar os processos de subjetivação das pessoas, uma vez que os discursos sobre a sociedade são elementos essenciais na reprodução dos processos sociais por meio das práticas ou interações sociais.

Dessa forma, o discurso sobre o novo conceito da infância possibilitou o controle por especialistas com finalidade de normalizar comportamentos maternos. A partir dessa dedicação aos filhos foi possível difundir e generalizar os conceitos de instinto materno e amor materno, atribuindo um sentimento de anomalia para as mulheres que infringissem 'as leis da natureza'(Perrot, 2007).

Entretanto, esses conceitos de instinto materno e amor materno se apresentam de forma polêmica, uma vez que quase sempre são evocados como sinônimos, na tentativa de se conceber este sentimento como inerente à natureza feminina, indicando uma devoção materna para seu filho. Essa concepção é assumida e aceita como verdade absoluta. Porém, a distinção clara desses conceitos bem como a consideração das teorias que os discutem tem importância fundamental na compreensão do processo de evolução das concepções de maternidade que até hoje sofrem modificações.

Nesse sentido, considera-se importante aprofundar-se nas teorias que discutem e problematizam o sentimento materno assim como também é necessário se estender na reflexão sobre os autores que trabalham com as transformações do significado da maternidade e da infância.

3.2. A maternidade enquanto construção social e cultural

Questionando a visão universal de maternidade, encontramos autores que consideram a experiência da maternidade como um fenômeno construído social e culturalmente (Agacinski, 1999; Ariès, 1981; Badinter, 1985, 2005; Beauvoir, 2000; Forna, 1999; Kitzinger, 1987; Perrot, 2007; Rohden, 2003; Scavone, 2004).

Simone de Beauvoir foi uma das percussoras no campo do feminismo e permanece sempre evocada com a frase: “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”. Esta autora (2000) rejeita o fato de que o sexo, o gênero e a sexualidade predeterminam um destino. Pois se assim acontecer, a maternidade será o centro do processo de construção da inferioridade e da submissão das mulheres.

Beauvoir (2000) atribuía um conteúdo existencial à diferença entre os sexos, concebendo o feminino como uma construção dialética no vivido do sujeito, inscrito em sua consciência, sem buscar raízes nem no social, nem no inconsciente e muito menos no biológico. A mulher era o *outro*, o outro do homem, mas alienada na imagem que a sociedade masculina lhe remetia dela mesma.

Esta perspectiva vai de encontro com a ideia do inconsciente freudiano por julgar que a visão psicanalítica considerava a mulher apenas a partir de sua biologia, restringindo a sua liberdade de optar por ser ou não mãe. A maneira de ver a mulher, depositando a maior importância em sua função reprodutiva, tem suas reverberações em nossa cultura, nas relações sociais, de trabalho, nas relações entre homem e mulher e na família.

Segundo Hays (1998), as mulheres talvez até sintam algum instinto para proteger e preservar seus filhotes, mas isso constitui apenas uma minúscula porção do que é entendido como a maternidade socialmente construída. As mães do mundo inteiro engravidam e produzem leite, mas as ideias sobre criação dos filhos variam bastante de uma cultura para outra:

> As ideias de cada mãe sobre a maternidade são formadas por um complexo mapa de sua posição social, herança étnica, histórico religioso, convicções políticas, preferências sexuais, capacidades ou deficiências físicas, status de cidadania, sua participação em diversas subculturas, local onde mora, ambiente em que trabalha, sua educação formal, técnicas que por sua vez seus próprios pais usaram para criá-la e assim por diante (Hays, 1998, p. 99).

Uma perspectiva histórica nos leva a redefinir as suposições básicas sobre a natureza feminina e sobre a maternidade, pois o que aparece como natural em determinada época, aparece como não-natural em outra. Para Forna (1999) a maternidade varia ao longo do tempo. Como fora já observado, o estilo de maternidade que herdamos, com raízes na família nuclear, foi moldado em um determinado tempo da história de acordo com as necessidades da época. Sua importância está entrelaçada especialmente a partir da preocupação legítima com o abandono da infância e o contexto econômico específico mais do que propriamente a natureza e o lugar da mulher.

A preocupação com a maternidade como categoria específica de estudo das ciências humanas surgiu em 1762 com o livro *Emilio ou da Educação* de Jean-Jacques Rousseau, atentando para a falta de cuidados com os bebês. Antes dessa data, não havia nenhuma comprovação de que as crianças tinham algum valor para a sociedade. Para Ariès (1981), a ideia de infância era algo que simplesmente não existia, era um conceito estranho à sociedade. E pior, pela influência da Igreja, acreditava-se que o homem nascia em pecado, sustentado pela origem de Adão e Eva, e era obrigação dos pais incutirem-lhe o senso moral. Dessa forma, se não existia infância também não existia a noção da relevância da maternidade.

Edward Shorter (1975) também estudou as mudanças que impulsionaram a formação da família moderna. Para este autor, “ser uma boa mãe é invenção da modernização. Na sociedade tradicional, as mães assistiam com indiferença ao desenvolvimento e felicidade das crianças com menos de dois anos” (p. 183).

Baseando-se nessa mesma perspectiva, Badinter (1985), no seu levantamento histórico sobre a maternidade, analisou as práticas maternais das francesas no século XVIII. O comportamento comum às mães desta época era mandar os bebês para serem

amamentados por outras mulheres pagas para isto – as amas de leite. Logo depois que os bebês nasciam eram retirados (sem ter mamado uma única vez) e levados para a casa de uma mulher de classe popular a quilômetros de distância. Essas mulheres recebiam soldo para serem amas de leite e geralmente viviam em estado de miséria em condições subumanas. As crianças eram entregues aos intermediários mercenários que muitas vezes nem sabiam seus nomes. Esses intermediários, responsáveis por muitas crianças ao mesmo tempo, poderiam não se dar conta da perda de um bebê que caísse da carroça que conduziam os recém-nascidos para a nova moradia. Quando o bebê sobrevivia até a casa da ama de leite enfrentava outras dificuldades.

Essas amas de leite, geralmente de renda muito baixa, levavam para sua casa vários bebês em troca de um mísero salário. É preciso lembrar que as amas tinham também os seus próprios filhos e isto as condicionava a produzirem leite para dar de mamar aos seus filhos e aos das outras mães. A precária alimentação dessas mulheres contribuía para oferecer à criança, através da amamentação, um leite de péssima qualidade. Assim, a negligência era alta e muitos bebês morriam de desidratação, queda, fome e outras doenças.

Para evitar luxações na coluna, os bebês eram enfaixados com os braços sobre o ventre e panos entre as pernas e muitas vezes eram pendurados em pregos para impedir de serem presas de animais. Esse enfaixamento impedia que os excrementos se afastassem do corpo e causava inflamação e úlceras no corpo, além de pressionar as costelas e dificultar a alimentação e respiração. “Apertar o bebê dessa maneira certamente era um meio de mantê-lo quieto e de minimizar a quantidade de energia gasta com ele” (Hays, 1998, p. 30). Além disso, a administração de ópio às crianças agitadas era uma prática comum, assim como o açoite era tido como um método de disciplina.

A criança permanecia com estas amas de leite até completarem quatro ou cinco anos. Os pais raramente se davam ao incômodo de visitar os filhos, recebiam notícias pelos atravessadores ou intermediários, demonstrando pouco interesse no destino da criança. A morte de uma criança era um evento comum nesta época e pouco merecia de luto e lamentações. Os pais inclusive raramente se davam ao trabalho de ir ao enterro, quando havia enterro. Assim, o desinteresse dos pais contribuía para o alarmante índice de mortalidade neonatal (Badinter, 1985, Shorter, 1975).

Contudo, não podemos colocar os pais em situação de infanticidas sem antes tecer uma reflexão sobre a situação sócio-histórica da época. O que os levaria a agir dessa forma? Observa-se que essa prática iniciou-se com a aristocracia no século XVI e continuou com os burgueses no século XVIII. Para as mulheres desta classe, suas ocupações na corte tinham prioridade sobre os filhos. Estas eram envolvidas em política, intrigas da corte e eram dedicadas a temas intelectuais e artísticos. As mães achavam as crianças irritantes e tinham coisa melhor a fazer do que criá-las. E as que tinham condições de fazê-lo não queriam, pois não era digno para uma mulher burguesa amamentar um filho (Badinter, 1985, Forna, 1999).

Além disso, acreditava-se que o leite das mulheres que viviam em fazendas era mais rico em vitaminas por terem uma alimentação mais saudável. Do mesmo modo, as cidades também eram consideradas um ambiente carregado de doenças, insalubre para os bebês. Na verdade, as mulheres acreditavam que mandando seus filhos para longe deste ambiente estariam fazendo o melhor para eles (Forna, 1999).

Aos poucos, essa prática também passou a ser utilizada na classe menos favorecida. As mulheres operárias precisavam voltar imediatamente a trabalhar e entregavam seus bebês às amas de leite. As mães solteiras pobres, por sua vez,

entregavam seus filhos ‘bastardos’ numa tentativa de sobrevivência, ou até acreditando que estariam fazendo o melhor para eles.

Assim, muitos bebês nessa época foram abandonados na roda dos expostos, um recurso de acolhimento das instituições religiosas às crianças enjeitadas. Desse modo, a entrega às amas e o abandono das crianças na roda dos enjeitados poderiam ser considerados uma forma legal de ‘planejamento familiar’ para não falar em ‘infanticídio’.

Fabíola Rohden (2003) também fez uma revisão histórica sobre o controle da natalidade entre os séculos XIX e XX. Ela constatou que o infanticídio e o aborto eram práticas corriqueiras no século XIX, pois estes faziam parte de um contínuo de práticas de controle de natalidade e constituíam um recurso utilizado principalmente pelas mulheres de classes menos favorecidas, que tinham menores condições de criar vários filhos. Inclusive, esta autora relata que algumas destas mulheres usavam roupas folgadas para esconder a barriga. Assim, no momento que sentiam as dores do parto, tinham o bebê no meio do mato, deixando-o ou matando-o, e logo depois voltavam para trabalhar.

Para casais muito pobres da sociedade, o filho chegava a ser uma ameaça à própria sobrevivência. A escolha mais certa seria livrar-se dele oferecendo-o a um orfanato, à roda dos enjeitados ou entregando-o à ama menos exigente possível, o que não aumentaria a probabilidade de sobreviver.

> É preciso insistir no fato de que esses diferentes tipos de infanticídios foram características das mulheres mais pobres da sociedade (...) Elas estavam reduzidas a uma tal penúria física e moral que é justo indagar se teria havido

> lugar pra um outro sacrifício vital; como o amor e a ternura teriam podido expressar-se nessa situação catastrófica? (Badinter, 1985, p. 76)

Porém, as mulheres de camada mais abastada não eram excluídas dessa prática. O infanticídio também era praticado por mulheres de boa reputação e condição social elevada. Essas mulheres eram levadas a tal atitude em função de sentimentos nobres associados à manutenção da honra. A preocupação com a honra era tanta que se expunham ao risco de serem penalizadas por esta prática de infanticídio.

Essa prática, em meados do século XIX, era condenada pela justiça e pela classe médica, e a maioria dessas mulheres sofria penalizações, chegando até três anos de prisão. A loucura puerperal era frequentemente associada ao infanticídio e era tratada pela obstetrícia. Então o crime da mãe que mata o próprio filho é de tal forma, contrário ao ideal da maternidade, supervalorizado no transcorrer desta época, que foi preciso entendê-lo como um caso de psicose (Rohden, 2003).

Inclusive, o aborto era mais aceitável do que o infanticídio, visto que este crime estaria coibindo o crescimento do número de cidadãos e, portanto, impedindo o progresso econômico e ameaçando a soberania da nação.

> Além disso, o infanticídio acaba com a vida que já pertencia à sociedade e que dela foi usurpada. Enquanto o aborto ainda não se trataria de um ser completamente formado, sendo menor o prejuízo, e menos desumano o ato, já que a mulher ainda não interagiu com o bebê. (Rohden, 2003, p. 60).

Alguns historiadores concluíram que nessa época os pais “não gostavam lá muito de seus filhos” (Shorter, 1975), a partir das atitudes das mães em relação aos

bebês. Ariès (1981) observa que no século XVIII não era comum a demonstração de carinho em público, principalmente por parte do pai que deveria manter a autoridade. As carícias e ternuras eram traduzidas em termos de frouxidão e pecado que iriam 'estragar' a criança (Badinter, 1985). Somando-se ao fato de muitas delas morrerem ao nascer, investir tempo e emoção nessas estranhas e frágeis criaturas não era nada prático. Assim, as ideologias e normas sociais sobre as crianças ajudariam a reforçar e legitimar essa prática.

Então, a partir da preocupação com o alto índice de mortalidade neonatal, o Estado iniciou uma tentativa de sensibilizar as mães para que cuidassem de seus filhos. "A verdade é que a criança, especialmente em fins do século XVIII, adquire um valor mercantil. Percebe-se que ela é, potencialmente, uma riqueza econômica" (Badinter, 1985, p. 153). Nessa perspectiva, o papel materno passou a ser valorizado e atrelado à condição inata e instintiva de cuidadora principal dos filhos, garantindo sua dedicação à educação e bem estar deles. Assim,

> As justificativas éticas, sociais e políticas que sustentaram as reformas empreendidas pelo Estado francês (...) incluindo trabalho feminino, escolarização, política familiar e sanitária foram ancoradas no mito do eterno feminino, ou seja, na ideia de que existe uma natureza ou essência feminina eterna, impermeável à historia e que pode funcionar como garantia para a conservação da sociedade. (Rohden, 2003, p. 35).

Através de livros, os especialistas recomendavam às mães a cuidarem pessoalmente de seus filhos. Estas deviam se sentir privilegiadas ao assumirem um

trabalho tão necessário à sociedade: o de contribuir para a promoção da saúde e educação dos filhos (Badinter, 1985, Forna, 1999).

Igualmente, as transformações na maneira de pensar, na Europa do Iluminismo, impulsionaram as mudanças dos sentimentos, uma vez que esta escola filosófica ressaltava o direito do homem à felicidade, o caráter verdadeiramente nobre do homem, o amor romântico, a liberdade e a natureza. Assim, o amor seria a razão principal para se casar e o filho viria a ser o fruto desse amor. A partir dessa mudança, é que o amor materno começou também a ser exaltado (Forna, 1999).

Nesta época, os escritos de Rousseau, no século XVIII, focalizavam o interesse pela saúde e bem-estar dos bebês, surgindo assim um novo discurso em relação ao papel social da mulher. Reforçava-se a necessidade de a mulher ocupar-se com seus filhos, pois esta seria a maneira 'natural', uma vez que se somente a mulher é capaz de gestar e parir, também é responsável pela saúde, educação e conforto do seu filho.

> Conservar as crianças significará pôr fim aos malefícios da criadagem, promover novas condições de educação que, por um lado, possam fazer frente à nocividade de seus efeitos sobre as crianças que lhes são confiadas e, por outro lado, fazer com que todos os indivíduos que têm tendência a entregar seus filhos à solicitude do Estado ou à indústria mortífera das nutrizes voltem a educá-los. (Donzelot, 1986, p. 21)

Foi a partir desse contexto que a atenção às crianças começou a se ampliar e deu-se início ao que podemos chamar de *psicologização* do indivíduo ou o processo de *individuação social*, tratado mais adiante. Para Chodorow (1979), nos Estados Unidos, o período capitalista inicial produziu uma ideologia da "mãe moral". Essa ideologia

destinava às mulheres burguesas o papel de agirem ao mesmo tempo como educadoras e modelos morais para seus filhos, assim como deveriam alimentar e apoiar seus maridos no desenvolvimento do trabalho.

Badinter (1985) sintetiza três discursos que levaram a mulher a assumir esse papel sem questionamentos: *o discurso econômico*, em que a criança passa a ter um novo status por ser uma mão de obra em potencial; uma *nova filosofia de igualdade e felicidade*, revestindo de romantismo a concepção da preocupação em alimentar e amar o filho; e, por último, o *discurso dos intermediários*, no qual a partir da influência do Iluminismo, o Estado passa a incutir e prometer ideais de saúde, beleza, felicidade e glória das mães por amamentar e cuidar dos filhos.

Hays (1998) atenta para o fato de que com essa mudança, as taxas de fertilidade das mulheres caíram. Sem dúvida, essa queda é explicada a partir da ênfase maior na cuidadosa educação dos filhos juntamente com as transformações decorrentes da era da industrialização.

Durante essa época, observou-se que um maior número de mulheres passou a fazer parte da mão-de-obra assalariada mais que em qualquer outra época anterior. Assim, as mulheres sentiam as contradições culturais da maternidade em seu cotidiano, tinham que ser calorosas, altruístas e protetoras no papel de mães e, ao mesmo tempo, trabalhar num ambiente onde a competição pelo ganho privado era valorizada acima de tudo (Hays, 1998).

Contudo, não devemos pressupor uma relação direta de causa e efeito. Primeiro porque as ideias do amor materno surgiram antes do declínio das taxas de mortalidade infantil. Além do mais, podemos inferir que as taxas inferiores de natalidade também estariam relacionadas ao controle que elas adquiriam da concepção, à crescente preocupação de que as mães deveriam dedicar muito tempo a seus filhos, e talvez o

mais importante, o fato de que as crianças se tornavam economicamente menos úteis e mais dispendiosas, devido aos novos sistemas de educação. Assim, está claro que a mudança da concepção de maternidade não foi apenas a consequência dessas transformações, mas também a causa.

Foi, portanto, sob a priorização dos pressupostos biológicos instintivos que construíram a imagem da mãe devotada, não sendo possível assim considerar os aspectos psicológicos ou sociais que permearam a complexidade de ser mãe. Assim, a maternidade se tornou um dos estados humanos mais naturais e mais discutidos; uma responsabilidade única da mulher, idealizada e cercada de emoção por todos os lados.

Com isso, a psicologia e a medicina passam a fortalecer o mito da maternidade como algo instintivo de forma a regular a conduta da mãe, o que implica a capacidade da instituição médica indicar bases biológicas que possam encobrir os fatores sociais e culturais da maternidade. Assim, embora o objetivo da intervenção médica seja prevenir possíveis riscos com os bebês, esse aspecto quase sempre se reveste de uma base normatizante. A medicalização do corpo feminino construiu-se no cotidiano de práticas institucionalizadas que não possibilitam a plena autonomia das mulheres.

No entanto, em resposta a esse discurso, surgiu o movimento feminista, que teve como consequência pôr abaixo a teoria da mãe devotada e passiva. Para Badinter (1985), a contradição entre os desejos femininos e os valores dominantes da classe média exigiu uma nova conduta da mulher. Observa-se que há décadas as mulheres, mesmo dispondo de meios para permanecer no lar e mimar os filhos, preferem delegar essas tarefas a outros e passar a maior parte do tempo fora de casa.

Se levarmos em consideração o número de mulheres que se recusam a sacrificar suas ambições e desejos em prol do bem-estar do filho, então estas não seriam exceção à regra. Nesse sentido, Badinter (1985), ao refutar a ideia de que existe um ‘instinto

materno' comum a todas as mulheres, apoia-se na concepção de que o amor materno é fruto de uma construção social, apoiado no *desejo* e, assim como qualquer sentimento humano, é incerto, imperfeito e sofre grande influência social a partir dos valores da sociedade.

Não existe então nenhum componente biológico que explique a devoção materna inerente a todas as mulheres. Na verdade, o amor materno não passa de um sentimento que pode ser nutrido a partir da convivência:

> O amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento, é incerto, frágil e imperfeito. Contrariamente aos preconceitos, ele talvez não esteja profundamente inscrito na natureza feminina. Observando-se a evolução das atitudes maternas, constata-se que o interesse e a dedicação à criança se manifestam ou não se manifestam. A ternura existe ou não existe. As diferentes maneiras de expressar o amor materno vão do mais ou menos, passando pelo nada, ou o quase nada. (Badinter, 1985, p. 22).

Nessa perspectiva, Elisabeth Badinter (1985) questiona o discurso moralizador em relação à obrigatoriedade do amor materno, demonstrando o quanto o desenvolvimento do afeto necessita de proximidade física e emocional. O sentimento de amor não pode ser garantido desde a gestação uma vez que este é conquistado na convivência e na intimidade das relações. Não se trata de um sentimento espontâneo e inato, mas ao contrário, demanda empenho, cuidado e investimento dos que integram uma relação amorosa. "O amor materno não é inerente às mulheres. É 'adicional'." (p. 367).

Também para Hays (1998), o discurso sobre o amor como um sentimento inato não apresenta sustentação prática. As tentativas de se alegar que as mulheres têm uma aptidão natural para a maternidade igualmente deixam de lado as circunstâncias, as relações de poder e os interesses que transformaram as mulheres em principais responsáveis pela maternidade e que levaram tanta gente a supor que a capacidade de ser mãe das mulheres é instintiva.

A existência ou não de um instinto materno não pode ser identificada apenas a partir do cuidado ou não dos filhos. Existem outras implicações sociais, econômicas e políticas da sociedade que devem ser levados em consideração, devido ao seu poder em contribuir para moldar o comportamento humano.

Portanto, considerando a importância dos determinantes biológicos e dos aspectos socioculturais, parece pertinente trazer à discussão mais uma visão acerca dessa problemática. Nesse sentido, o próximo tópico trará uma reflexão acerca da maternidade através de uma perspectiva sociobiológica baseada na filogênese. Como veremos a seguir, esta perspectiva ao mesmo tempo em que reconhece a influência dos fatores hormonais, também julga relevantes os fatores sociais e econômicos para a formação do vínculo afetivo entre mãe e filho.

3.3. A Visão Sociobiológica da Maternidade

A primatologista e sociobióloga Sarah Blaffer Hrdy (2001) estudou o comportamento materno a partir da perspectiva evolucionista de Charles Darwin. Sua abordagem analisa como as condutas humanas se desenvolveram durante a evolução do ser humano (filogênese). Para Hrdy (2001), a maternidade, desde a gravidez, é uma dura e intensa negociação entre os interesses da mãe e do filho, não tendo em momento algum o caráter sagrado ou irrevogável quando se fala em instinto materno.

Esta autora aceita a hipótese de que nem todas as mães exibem um apego sistemático e completo ao seu bebê logo após o nascimento. Entretanto, enfatiza que o 'instinto maternal' existe e é responsável pelo sentimento de proteção para com os filhos. E esse instinto serve de suporte para o desenvolvimento do amor materno.

Assim, baseando-se na observação de primatas mamíferos, ela toma algumas precauções ao falar de 'instinto materno'. Este é considerado um comportamento involuntário que demanda cuidados por parte da mãe. Sua presença foi observada nos primatas estudados por Hrdy, porém esta autora cuidadosamente distingue a poderosa influência da cultura humana das situações limitadas dos outros mamíferos. Dessa forma, concebe o instinto como algo que não foi apagado na espécie humana, mas ele vem passando por modificações e leituras diferenciadas de acordo com o ponto de vista assumido.

O comportamento materno passa então a ser moldado a partir das condições de cada sociedade e cada família, como por exemplo, os valores culturais , a gravidez na adolescência, o intervalo entre os nascimentos, ao sedentarismo, a situação econômico-social. Esses eventos, associados à falta de um suporte social podem levar à mãe a

rejeitar sua cria ou a praticar o infanticídio, uma vez que esses tipos de comportamentos são facetas do instinto materno, por mais paradoxal que possa parecer.

Segundo observações em mamíferos não-humanos, Hrdy (2001) aponta que se a mãe julgar que não tem condições físicas ou psicológicas para levar a termo a gestação ou criação dos filhotes, o 'instinto materno' fará com que ela aborte, mate ou abandone a cria. Ou seja, considerando as péssimas condições de vida, a escassez de alimentos e o grande número de filhos, não seria surpreendente que as mães rejeitassem uma criança por significar mais uma na divisão dos poucos recursos disponíveis.

Dessa forma, o infanticídio e o abandono materno são temas recorrentes em sua obra e ela os relaciona com as políticas públicas. Na sua perspectiva, as formas eficazes de controle de natalidade, bem como de apoio social no cuidado com os filhos, devem ser disponibilizados para as mães, visando à diminuição dos casos de abandono e infanticídio. O instinto de sobrevivência seria assim a explicação para o desenvolvimento do compromisso materno, uma vez que vivendo em precárias condições, a mãe seria propensa a abandonar ou matar seu próprio filho.

Verifica-se que esta perspectiva é ressaltada quando esta autora cita os estudos de Badinter (1985) sobre a entrega dos filhos às amas de leite no século XVIII na França, tecendo outra forma de enxergar essa prática. Estas mães podiam ser concebidas como infanticidas na medida em que entregavam seus bebês a cuidadoras despreparadas. Mas, o que mais poderia se esperar de mães que não conheciam formas de evitar gravidez e que estavam tão condicionadas a verem bebês morrendo? Para esta autora, a saída para essas mães se autoprotegerem emocionalmente da morte de seus filhos era permitindo que outra pessoa tratasse de cometer o assassinato. "*... as mães estavam usando as amas de leite como forma legal de infanticídio.*" (Hrdy, 2001, pg. 73).

Hrdy tece ainda comentários sobre a situação das mães na atualidade. Estas continuam entregando seus filhos a outras pessoas para poderem trabalhar período integral ou meio expediente. Entretanto, para certas mães, essa prática não se trata de nenhum sacrifício, uma vez que algumas demonstram mais prazer em trabalhar do que de cuidar dos filhos.

O compromisso materno refere-se ao grau de comprometimento com a criação de seu bebê, enquanto o amor materno indica a demonstração de sentimento para com este. Assim sendo, o compromisso materno tem mudado nos dias de hoje, o que necessariamente não implica uma mudança dos sentimentos nutridos para com este bebê. Até o início da Revolução Industrial, as mães precisavam se dedicar integralmente aos cuidados dos seus filhos, por não contarem com os mesmos artifícios que possuem as mães modernas, como o leite pasteurizado e chupetas. Ou seja, o tempo gasto para criar os bebês passou a ser reduzido devido ao avanço da tecnologia em relação aos cuidados maternos.

Outro fator relevante é o aumento da carga valorativa atribuída ao papel materno e o consequente acúmulo de tarefas e de responsabilidades. Atualmente, além das atividades domésticas e da educação dos filhos, as mulheres assumiram o trabalho fora de casa e a função de dividir com o marido as despesas da família. Mas, apesar desse acúmulo de funções, a mulher continua a administrar o cotidiano familiar mantendo o encargo de responsável pela educação dos filhos.

A constatação da permanente dedicação das mulheres aos filhos traz implícita a questão de gênero e da divisão do trabalho. O que se observa na atualidade é que mesmo as mulheres que trabalham fora de casa arduamente, se sentem tão responsáveis pelos filhos e tão culpadas pelas horas que passam fora de casa, que não têm tempo para competir com os homens por melhores posições na carreira profissional.

Assim, para as mulheres, mesmo quando trabalham por remuneração, seu ‘dever’ de cuidar da casa acaba relacionando-as às tarefas domésticas apelidadas de ‘trabalho de mulher’. Dessa forma, verifica-se que a ideologia da maternidade atribuída à mulher tende a desvalorizá-la, uma vez que empenhar-se nessa tarefa de pouco valor social, ajuda a mantê-la em sua posição subordinada na sociedade (Hays, 1998).

Entretanto, Hays (1998) constatou em suas pesquisas que as mães não consideram uma carga injusta os esforços pela criação dos filhos, mesmo tendo que dividir seu tempo com a labuta. Por sua vez, Chodorow (1979) argumenta que o amor materno é realmente profundo e emocionalmente poderoso, no entanto, a razão para este amor ser frequentemente mais atribuído às mães deve estar nos sistemas de dominação historicamente específicos.

Constata-se também que o comportamento das mulheres pode diferir totalmente conforme a classe social. Fazer uma comparação das situações que vivem as mulheres menos favorecidas, muitas vezes em condições subumanas, das que pertencem à classe média ou superior é realmente impossível. A realidade é infinitamente mais complexa, já que o contexto sociocultural e econômico influencia nos papéis da mulher na família e na sociedade.

Assim, as diferenças econômicas e sociais podem implicar diferentes significados atribuídos à maternidade. Por este motivo, o comportamento da mãe deve ser considerado a partir das particularidades culturais, sociais, econômicas e históricas sobre a maternidade, porém sempre enfatizando-se uma base biológica para as vinculações afetivas.

O amor que surge após o nascimento do bebê é consequência de vários determinantes. A aproximação contínua com o bebê, após o ato de cuidado, produz mudanças endócrinas, neurológicas e psicológicas que favorecem a formação do apego.

Dessa forma, entende-se que o anexo emocional da mãe *pode* começar desde a gestação, mas é necessária a união de vários processos, como uma janela de oportunidades que pode durar semanas e meses (Hrdy, 2001).

Esta autora cita os estudos de Rachel Fuchs, no século XIX, desenvolvidos em uma maternidade da França. Devido ao grande número de abandono materno, a mãe passou a ser obrigada a permanecer na maternidade por oito dias após o nascimento do bebê. O que se percebeu foi que o percentual de bebês abandonados caiu de 24% para 10%, sem que conceitos culturais ou condições econômicas das mães tivessem mudado. Mas a explicação para essa mudança não é tão simplista ao ponto de encontrar a causa apenas na formação do apego entre mãe e filho.

O melhor caminho para visualizar esse processo multifacetado, segundo Hrdy (2001), é compreender que a mulher sofre alterações hormonais desde a gravidez: "A placenta e o cordão umbilical produzem progesterona que ajudam a sustentar a gravidez e contribuir para mudar os níveis de estrogênio e progesterona de modo a permitir que a mãe responda de forma maternal." (p. 76). Aliado a estas modificações hormonais, a aproximação contínua com seu bebê também propicia a formação inicial do vínculo afetivo.

Igualmente, esta teoria enfatiza que o bebê de maneira alguma é um ser passivo. À medida que a mãe interage com seu filho, este também a modificará. A partir de pesquisas com mamíferos e seres humanos, chegou-se à conclusão que o cuidado com o outro inscreve novos caminhos para o cérebro por ser uma relação de mão dupla.

Assim, a formação do vínculo entre mãe e bebê é facilitada tanto por alterações hormonais decorrentes da gestação e parto como também pelas estimulações interacionais recíprocas. Acumulam-se evidências de um período sensível pós-parto durante o qual o contato estendido entre mãe e bebê favorece o desenvolvimento de

vários comportamentos ditos maternos, quanto à amamentação, às trocas e à formação de vínculo (Klaus & Kennel, 1992). Mas Bussab (2005) se estende nessa teorização atentando para o fato de que a ausência de contato neste período na verdade não impede a formação do vínculo, desde que condições subsequentes favoráveis se apresentem.

Figes (1998) constatou que nos primeiros 35-90 minutos após o nascimento os bebês estão mais alertas, por este motivo é que o primeiro contato visual com o bebê pode ter resultados positivos quanto à formação do laço afetivo entre mãe e bebê. Portanto, esse momento é importante para o desenvolvimento do vínculo afetivo, mas não representa o requisito essencial ao desenvolvimento de uma relação saudável.

Qualquer criança, independente de sua idade, precisa de calor afetivo, porém a necessidade da presença e os vínculos de afeto não podem se limitar apenas à figura materna, nem apenas à presença ou ausência do contato próximo. Devem-se considerar as condições sociais, econômicas e culturais que as mães estão imersas, e nem sempre estão desejando a criança e muito menos estão preparadas para essa nova situação.

As emoções e as experiências com a maternidade são fortemente influenciadas pelas condições sociais e culturais em que se vive. Dessa forma, a problemática sobre a maternidade não se refere apenas a crianças, mães ou mesmo famílias, mas abarca um conjunto de aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais, além da hierarquia de gênero. Consequentemente, o surgimento do compromisso materno estará sempre dependente das circunstâncias sociais favoráveis a cada mulher.

Por outro lado, segundo Therborn (2006), a família e a posição social da mulher estão sendo cada vez mais apontados como chave para o processo de mudança socioeconômica. Enquanto a família for o principal regulador do produto da sexualidade humana, todas as mudanças importantes da fecundidade ficam dependentes do sistema familiar.

Portanto, ao invés de se discutir sobre a falta ou a presença de instinto materno, seria mais prudente refletir acerca das iniquidades econômicas e sociais, de forma a propor políticas de assistência por parte do Estado, visando uma melhor qualidade de vida às famílias.

Todavia, as propostas não deveriam ser, simplesmente, refletir acerca da nova configuração do papel da mulher na sociedade nem a devoção materna aos seus filhos. As propostas e políticas relacionadas ao bem-estar e saúde das famílias deveriam contribuir para a reflexão sobre um sistema social que proponha a ênfase no suporte social às famílias através do incentivo educacional da população.

Constata-se que a ênfase na devoção materna e na concepção da mãe devotada, bastante defendida pelos psicanalistas e pela classe médica, incentivou a formulação de políticas públicas voltadas para o parto e nascimento. Inclusive, o manual de treinamento do Programa Canguru apóia-se predominantemente nas concepções de instinto materno, desenvolvido pelos psicanalistas e apresentadas a seguir. Essas idéias, redigidas em forma de manual e apresentadas em cursos, contribuem para moldar o modo de fazer no cotidiano do trabalho em saúde.

3.4. A Psicologização do amor materno e a concepção da mãe devotada

Chodorow (1979) indicou a psicanálise, a psicologia e a sociologia pós-freudiana como importantes fontes dos argumentos que contribuíram para a idealização e o reforço do papel materno, na medida em que enfocaram a relação amorosa entre mãe-bebê como essenciais para o desenvolvimento saudável da criança. A relação entre mãe e filho foi enfatizada por alguns autores (Bowlby, 1995; Klaus & Kennel,1992; Klein, 1952; Spitz, 1987; Winiccott, 2001) que se dedicaram ao estudo do desenvolvimento infantil e fundamentaram concepções sobre o instinto maternal. Essas ideias continuam presentes e influentes em nossa sociedade, caracterizando comportamentos e discursos acerca dos deveres das mães de amar seus filhos. Segundo estes estudiosos, a formação do *apego* se daria nos primeiros anos de vida do bebê com sua mãe por meio do investimento afetivo desta.

Bowlby (1995), psicanalista inglês e teórico das relações de apego, descreveu a importância das primeiras relações para o desenvolvimento, formulando, desse modo, a teoria do apego, quando descreve as relações do bebê com sua mãe ou cuidador desde o nascimento até os seis anos de idade. Aludindo que todo ser humano herda um potencial para desenvolver determinados comportamentos, como sugar, sorrir, chorar e seguir com os olhos, Bowlby enfatiza que a conduta instintiva é o resultado do controle desses comportamentos integrados, que são ativados a partir da interação com a mãe. Nesta perspectiva, o vínculo da mãe com a criança, chamado de apego, tem uma função biológica que lhe é específica e é o produto da atividade destes sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível. Portanto, ao longo do desenvolvimento, a criança passa a revelar um comportamento de

apego que é facilmente observado e evidencia a formação afetiva entre a díade mãe-bebê (Brum & Schermann, 2004).

Dessa forma, Bowlby também trabalhou com a questão da privação materna, baseando-se na constatação de que a qualidade dos cuidados parentais que uma criança recebe em seus primeiros anos de vida é de importância vital para sua saúde mental futura. Entende-se por privação da mãe quando uma criança, mesmo vivendo com sua família, a mãe (ou mãe substituta permanente) é incapaz de proporcionar-lhe os cuidados amorosos de que as crianças pequenas precisam. Isso não se refere aos cuidados básicos como alimentação e higiene, mas o amor, o carinho e a atenção que os pais podem oferecer-lhes. Nessa formulação, a satisfação das necessidades fisiológicas desempenha um papel secundário no desenvolvimento do sistema comportamental.

Este autor, ao fazer uma ligação entre o relacionamento das mães com os possíveis "desvios morais" de crianças criadas sem essa relação afetiva, recorre a uma explicação simplista deixando de lado a complexidade das relações sociais. Alega, afirmando categoricamente, que

> Existem de fato, fortes razões para acreditar-se que a separação prolongada de uma criança de sua mãe (ou mãe substituta) nos primeiros cinco anos de vida ocupa o primeiro lugar entre as causas de desenvolvimento de uma personalidade delinquente. (Bowlby, 1995, p. 39)

Essas constatações foram baseadas nas pesquisas que Bowlby desenvolvia com jovens delinquentes e ladrões juvenis. Ele constatou que estes indivíduos não tiveram uma relação saudável com suas mães e alguns deles foram criados em orfanatos.

Destaca, ainda, que essas crianças que sofreram privações afetivas provavelmente não se tornarão pais, e se chegarem a ser, serão péssimos pais, como um círculo vicioso.

O papel da família passa então a ter uma importância insubstituível, uma vez que se postula que o amor materno que uma criança necessita é facilmente encontrado no seio da família e extremamente difícil fora da mesma. Por este motivo, Bowlby (1995) ressalta que é melhor a criança viver em 'maus lares' do que em ótimas instituições, pois os filhos necessitam dos pais para desenvolver ligações amorosas, fato que não é possível em orfanatos ou creches.

Assim Bowlby (1995) empreende uma tentativa de explicação sobre as causas que poderiam levar à desestruturação da família e consequentemente num desenvolvimento patológico das crianças: 1) Grupo familiar não estabelecido, ou seja, ilegitimidade; 2) Grupo familiar natural intacto, mas sem funcionar eficazmente por condições econômicas (miséria), doença crônica ou incapacidade física e/ou mental de um dos pais; 3) Grupo natural dissolvido (não funcionante) em função de morte, enfermidade, prisão, abandono, divórcio dos pais e até pelo fato de um dos pais estarem trabalhando em outra cidade ou em horário integral.

Apoiando-se sempre na imagem da mãe perfeita, um ideal de família passou a ser prescrito, a fim de se produzir crianças saudáveis. Na perspectiva dessa autor, as políticas públicas de saúde deveriam ter um papel fundamental para evitar a gravidez não planejada e, consequentemente, filhos indesejados: "Reduzir o índice de natalidade de crianças ilegítimas socialmente rejeitadas é questão para medidas de higiene mental a longo prazo." (Bowlby, 1995, p. 108).

Outra referência relevante é René Spitz (1987), citado anteriormente, que realizou estudos com crianças na década de 1940. Seus estudos aprofundaram-se nas consequências da privação sócio-afetiva, constatando que, após a separação de suas

mães, as crianças hospitalizadas desenvolviam uma síndrome (depressão anaclítica) que, muitas vezes, culminava na morte de algumas delas.

A síndrome anaclítica caracterizava-se por atraso motor, olhar vago, perda da expressão mímica, do sorriso, mutismo, anorexia, insônia e perda de peso. Estas crianças não apresentavam o comportamento de fixação do olhar nas pessoas que se aproximassem e não esboçavam nenhuma expressão na presença de outros.

Entretanto, Spitz também apontou que a depressão anaclítica, que resultaria de uma carência afetiva parcial, era considerada reversível. Seus sintomas rapidamente cessavam quando a mãe (ou o substituto materno) era restituída à criança. O termo *hospitalismo* foi substituído posteriormente por *privação emocional* em função da observação de que o quadro descrito ocorria em crianças, mesmo não estando institucionalizadas, mas submetidas a uma situação de carência afetiva da figura materna. Foi então que este estudioso enfatizou que a explicação para este fato coincidia com as explicações de Bowlby: a falta de uma relação amorosa com a figura materna.

Outro teórico do desenvolvimento infantil foi Donald Winnicott (2001), que iniciou seus estudos a partir do tratamento psicanalítico em bebês e crianças. Para ele, o desenvolvimento emocional primitivo é baseado em termos de dependência entre o bebê e sua mãe, que vai de dependência absoluta, dependência relativa até autonomia relativa. Na primeira fase a mãe desenvolve o que foi chamado de preocupação materna primária. Este estado faz com que a mãe seja capaz de ser perceptível às necessidades de seu filho, constituindo-se com ele como uma única pessoa. Nessa fase crucial, este autor determinou que as falhas nesse relacionamento acarretariam o surgimento de patologias mentais na criança.

Para Winnicott não existe saúde para o ser humano que não tenha sido acolhido e cuidado com amor, uma vez que na tenra idade constrói-se um relacionamento entre a

criança e o mundo, possível apenas através de uma maternagem suficientemente boa. Assim, a priori, todas as mães deveriam ser “absolutamente” devotadas. Mas para que a relação entre mãe e bebê seja bem-sucedida, é indispensável que a mãe encontre prazer nessa relação, ou nessa “devoção”.

Nessa dinâmica, a amamentação seria um aspecto essencial para se estabelecer esse vínculo afetivo, justamente no momento de dependência absoluta por parte do bebê, onde a mãe deveria nutrir seu filho, ao tempo que demonstrasse carinho e atenção. Mélanie Klein (1952) forneceu uma contribuição para a exaltação do aleitamento natural e o devotamento materno, ao insistir que as crianças que foram amamentadas no seio se desenvolveram muito bem.

Para Klein (1952), o desenvolvimento do ser humano teria sido diferente e melhor se tivesse sido beneficiado por um aleitamento bem sucedido. Assim, para enfatizar a importância desta prática, Klein conclui que as crianças cujo desenvolvimento apresenta problemas, embora tenham sido amamentadas no seio, estariam ainda pior sem isso.

O apego entre mãe e bebê também foi estudado por Klaus e Kennel (1992, 2000) que difundiram a importância do contato prolongado a partir dos resultados de suas pesquisas. Para estes estudiosos, existe um ‘período sensível materno’ que se inicia logo após o nascimento favorecendo a formação do amor materno. Partindo desse pressuposto, o alojamento conjunto favorece uma ligação afetiva que implicará uma redução do nível de abandono e maus tratos nessas crianças. Nessa condição, a mãe permanece vinte e quatro horas por dia ao lado do seu bebê assumindo todas, ou quase todas as tarefas relativas aos cuidados de seus filhos de tal modo que o relacionamento entre ambos se torne estreito.

Esses resultados tiveram grande repercussão na classe médica e nas políticas públicas de saúde, sendo utilizados inclusive como referência nos manuais de humanização do parto e atenção ao recém-nascido do Ministério da Saúde. Assim, o conceito de apego transcendeu a clínica psicanalítica e a psicologia ao se implantar em políticas públicas de saúde, como é o caso de alguns programas que incentivam o alojamento conjunto e amamentação exclusiva, por exemplo, o Programa Canguru.

Nesse programa, verifica-se que a figura materna é sempre invocada como a principal responsável pelos cuidados com seus filhos, de forma que, apelando para a importância do vínculo afetivo, prescreve-se um modelo ideal de ser mãe, tornando-a vulnerável à manipulação das políticas públicas de saúde.

Reconhece-se a grande contribuição dos autores citados para compreensão do desenvolvimento da interação mãe-bebê por existirem algumas 'vantagens' em apoiar-se nessa teoria do apego. Uma delas é o esclarecimento do processo de desenvolvimento do apego relacionando-o ao papel da mãe, já que a criança apresentará distúrbios de personalidade caso não desenvolva o vínculo afetivo. Dessa forma, ao se desvendar esse processo, abrem-se possibilidades de prevenção, intervenção e cuidados especiais para a interação mãe-bebê, prescrevendo o relacionamento para que seja o mais "sadio" possível.

A influência desses estudos sobre a teoria do apego, e o fato de esses teóricos considerarem o comportamento materno e o vínculo mãe-bebê como decorrentes de sistemas inatos e tendo uma base instintiva, contribuiu para a construção e manutenção da idealização do amor materno, tanto no meio científico quanto no público em geral.

Todavia, a explicação para o comportamento desviante do filho não pode ser analisado a partir de uma relação causa-efeito, à luz de apenas uma variável: a ausência materna. Aspectos como o contexto social, cultural e econômico têm uma enorme

contribuição para o comportamento humano. Dessa forma, culpabilizar a mãe de todo o desenvolvimento do seu filho é benéfico apenas para normalizar e prescrever formas ideais de maternar seu filho, tornando essas mulheres passíveis ao controle social.

3.5. Análise documental: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Canguru: Manual Técnico

O manual técnico do Programa Canguru foi elaborado por 13 autores, possui 196 páginas e apresenta-se dividido em seis módulos. O primeiro refere-se às políticas de saúde voltadas para o recém-nascido prematuro. O segundo, foco de análise deste trabalho, envolve os discursos acerca da construção da maternidade/paternidade, da formação dos laços afetivos entre a família e o filho prematuro e os aspectos relevantes sobre o desenvolvimento do bebê. O terceiro módulo discorre sobre os aspectos biológicos característicos da prematuridade. Os cuidados com o recém-nascido de baixo peso são tratados no quarto módulo e o seguimento ambulatorial para os bebês que recebem alta do programa são discutidos no módulo quinto. Por fim, o sexto módulo traz uma ficha de avaliação institucional sobre o Programa Canguru a ser aplicado nas maternidades.

Como explicitado na metodologia, a interpretação dos discursos contidos nesse manual foram analisados à luz da análise foucaultiana de discurso proposta por Willig (2001). Para este tipo de análise, Willig (2001) propõe a organização das construções discursivas a partir de seis estágios. Esses estágios permitem que os discursos encontrados no documento oficial sejam estudados em profundidade.

Assim, o foco dessa análise detalhou-se em cada etapa a seguir: 1) **Nas construções discursivas** que lidam com a temática da maternidade/paternidade em situações especiais como a prematuridade e/ou baixo peso; 2) **Nos tipos de discursos** que agrupam essas construções em categorias mais abrangentes, atentando para os juízos de valor envolvidos no texto; 3) **Na orientação para a ação** que esses discursos apontam, considerando o seu caráter funcional; 4) **No estudo dos posicionamentos** que

os discursos viabilizam aos atores sociais envolvidos; 5**) No estudo das práticas** ou formas em que as construções discursivas e os posicionamentos dos sujeitos nelas contidos abrem ou fecham oportunidades para a ação; 6) **Nas formas de subjetivação possíveis** a partir da orientação para a ação, dos posicionamentos e das práticas presentes nos textos.

Etapa 1: As construções discursivas

Esse primeiro estágio de análise envolve a identificação das diferentes construções ou objetos discursivos que lidam com a temática da maternidade/paternidade e da família em relação ao bebê prematuro no manual, atentando para a forma como estão construídos e para os argumentos apresentados. Assim, o tema objeto de estudo é contemplado através dos seguintes objetos discursivos:

1) A construção da parentalidade: o nascimento de um bebê aparece no documento como um momento importante no ciclo vital dos pais, causando repercussões no meio familiar. A maternidade e o papel da mãe no Programa Canguru são discutidos a partir de uma perspectiva idealizada da família nuclear, sustentando-se na perspectiva de alguns autores psicanalistas (Bowlby, 1995; Spitz, 1987, Winnicott, 2001).

O manual demonstra um gráfico na página 27 da representação de uma família e o texto aponta que a união entre “homem-pai” e “mulher-mãe” recebe influência da família de origem de cada cônjuge, o que irá configurar a sua própria. Este arranjo, juntamente com o nascimento de um bebê

> ... traz à tona memórias e lembranças relativas ao nascimento e à infância dos pais, a forma que foram cuidados e atendidos em suas necessidades durante seus primeiros anos de vida, as representações afetivas que fizeram parte de seu desenvolvimento inicial. São essas informações que vão favorecer referências para que possam assumir esse lugar e desempenhar essas novas funções em seu ambiente social e familiar (Brasil, 2002, p.27).

Assim, o processo da construção da maternidade/ paternidade é desenvolvido nesse documento através de conceitos, tais como casal grávido, parentalidade, bebê fantasmático, bebê imaginário e bebê real, os quais pertencem a uma tradição psicanalítica:

> Um bebê começa a existir para seus pais muito antes de sua concepção. Ele tem início no desejo que cada homem e cada mulher possuem desde sua tenra infância de um dia formarem uma família e continua sendo formado enquanto o casal vai descobrindo, quando adultos, os dois juntos, como pretendem configurar sua família (Brasil, 2002, p. 28).

Da mesma forma, nas construções discursivas apresentadas no manual, percebe-se uma ausência de reflexão sobre o caráter sócio-histórico-cultural das relações parentais e as mudanças sociais na instituição familiar ao longo dos tempos (Shorter, 1975; Therborn, 2006):

> Dessa maneira, as tradições e os mitos de cada família vão passando de geração a geração, fazendo com que um bebê, ao chegar, desencadeie lembranças e

> memórias de uma história anterior. Esses passos incluem, portanto, as histórias passadas das relações afetivas existentes entre ambas as famílias, que, ao unirem-se, permitem o início de uma nova história, que passa a ser narrada com esses mesmos personagens, mas acrescida de um novo integrante. Ou seja, oferecem subsídios para construção de uma nova família (Brasil, 2002, p. 27).

Entretanto, para a antropóloga Tânia Salem (1983), que também analisa o conceito de casal grávido através da perspectiva do individualismo, o laço conjugal não sofre influência direta do campo das relações familiares. A conjugalidade é suficientemente forte e autorreferida, remetendo para a pressuposição de que a família deve estar dotada de uma identidade interna mais forte do que aquela que vincula cada um de seus membros aos respectivos núcleos de origem.

Ademais, Salem (1983) afirma que o casal grávido não "nasce grávido", mas torna-se grávido. Em outras palavras, a parentalidade não é algo que existe desde já como algo inato no casal, mas algo que vai se construindo culturalmente a partir das vivências dos dois. A autora ainda afirma que, uma vez introjetado o natural como modelo e valor, os casais acabam por desconsiderar a cultura e passam a "naturalizar a natureza", ou seja, reproduzindo as ideias de parentalidade inata, sem refletir sobre a realidade que configura os papéis sociais da paternidade e maternidade.

2) A responsabilidade dos pais pelo seu bebê: o documento responsabiliza os pais pelo desenvolvimento de seu bebê, enfatizando reiteradamente a noção de família nuclear como o meio saudável para receber seu filho: "As relações iniciais entre o bebê e seus pais são consideradas o protótipo de todas as relações sociais futuras" (Brasil, 2002, p. 35).

Observa-se nos discursos que o desenvolvimento do bebê é analisado apenas a partir da suposta relação saudável entre os pais e entre os pais e os filhos, conforme se lê:

> Estudos no campo da Saúde Mental reconhecem que, em muitos casos de distúrbios psiquiátricos, existe uma incidência significativa elevada de ausência de formação de uma ligação afetiva ou de prolongadas – e talvez repetidas – rupturas dessa ligação (Brasil, 2002, p. 35).

Reconhece-se a importância da formação do vínculo afetivo a partir dos benefícios comprovados acerca da redução do número de bebês abandonados e maus tratos com as crianças ao se integrarem no ambiente familiar (Klaus & Kennel, 1992; Spitz, 1987). Todavia, ressalta-se que no documento oficial aspectos como o contexto social, cultural e econômico, que têm uma enorme contribuição para o comportamento humano, são negligenciados. Uma infância saudável é importante para um bom desenvolvimento cognitivo, emocional e sensorial, para tanto, os pais possuem um importante papel no suporte físico e emocional dos filhos. Entretanto, os pais não são os únicos responsáveis no desenvolvimento dos filhos. Apesar de reconhecer a importância da formação do vínculo afetivo para o futuro das crianças, por outro lado ressalta-se o efeito que as precárias condições socioeconômicas podem exercer no desenvolvimento das crianças (Wilkinson & Marmot, 2003).

Igualmente, atentando para as dificuldades sociais e econômicas das mães, constata-se a falta de intervenção do Estado, através de programas sociais voltados para a família, que poderiam contribuir para a redução de iniquidades e das péssimas condições de vida. Por exemplo, em 2005, a proporção de crianças de 0 a 3 anos que frequentavam creches era de apenas 13,3% (Brasil, 2006).

Além disso, estudos atuais (Klein, 2005, 2007) apontam algumas políticas sociais do Estado como promotor do aumento da taxa de natalidade no país, como é o caso da Bolsa Família e/ou Bolsa Escola. Constata-se nos dados do IBGE que entre as mulheres mais pobres em idade reprodutiva 74% já tinham pelo menos um filho; enquanto que, entre aquelas com rendimento familiar *per capita* de 2 salários mínimos ou mais, a proporção era de 49,2% (Brasil, 2009).

Argumenta-se que no Programa Bolsa Escola não se ensina os pais a contribuírem na educação, formação e cuidado dos filhos, bem como no gerenciamento da família. Contribuem, na verdade, para que a maternidade seja banalizada e se torne moeda de troca por um salário que não supre as necessidades básicas da família. Políticas como essas suprimem o caráter constitutivo e plural da maternidade, como também desvalorizam a importância do cuidado e da educação de crianças dentro de diferentes grupos culturais (Fernandes & Klein, 2009).

3) Maternar/ paternar se aprende desde criança: para o documento, a maneira de cuidar dos bebês já existe nos pais a partir de conhecimentos pré estabelecidos desde sua infância, através dos cuidados recebidos na própria família.

> O bebê que surge desse desejo interno do casal está presente em suas fantasias e em suas idealizações há muito tempo, talvez desde o início de suas próprias vidas. Seus primeiros registros podem ser encontrados nas brincadeiras de meninos e meninas que repetem atividades de maternagem e paternagem que observam em seus pais: brincam de bonecas, montam casinhas, criando situações que imitam as atividades que seus pais e mães realizam rotineiramente

> e que envolvem o cuidado e a atenção com todo o grupo familiar (Brasil, 2002, p. 28).

Em outras palavras, destaca-se o papel dos processos de socialização, ao mesmo tempo em que se reconhece a existência de diferenças de gênero no processo de maternar/paternar. A ideia central nesse objeto discursivo é que existem 'raízes universais' quanto à formação de padrões interativos entre o bebê e sua família, partindo da premissa de que os pais já possuem conhecimentos adquiridos no seu próprio âmbito familiar. Assim, eles são apresentados desenvolvendo certas atividades rotineiras estereotipadas, em que a mãe cuida da casa e dos filhos, enquanto o pai se ausenta para trabalhar.

Entretanto, antropólogos que estudam a maternidade defendem que o comportamento materno e paterno é modelado pela cultura em que os mesmos se inserem. Quando os valores da sociedade mudam, também muda a forma de criar os filhos. Assim, os papéis sociais são inculcados pela sociedade desde a infância e a época em que o bebê recém-nascido é vestido de cor-de-rosa ou de azul, conforme o sexo, e admirado como um "machão" ou como uma mocinha (Ariès, 1981; Badinter, 1985; Forna, 1999; Kitzinger, 1978).

Mais uma vez, a concepção da família nuclear idealizada é aceita a partir da premissa de que todos os indivíduos tiveram uma família acolhedora e foram cuidados de maneira saudável. Dessa forma, espera-se que os pais cuidem do seu bebê da mesma maneira que foram maternados, ou seja, de modo satisfatório:

> ... o bebê se encontra impregnado das experiências que cada indivíduo tem de sua própria infância e dos cuidados que recebeu de seus pais. Esse bebê, de

> acordo com Michel Soulé, é o chamado bebê fantasmático. Totalmente inconsciente, ele acompanha para sempre a vida emocional interna de cada um dos pais, mas possibilita alguns arranjos quando de sua aproximação com experiências e vivências atuais e reais do casal com seu filho (Brasil, 2002, p. 28).

Todavia, grande parte do que se considera "inconsciente" ou "inato" na maternidade pode ser de concebido como um produto da cultura. Apenas nas primeiras horas de vida do bebê pode-se afirmar que sua relação com a mãe pode ser instintiva e natural. Mas até mesmo este primeiro encontro é fadado a sofrer interferências, visto que na situação do prematuro, por exemplo, a internação do bebê continua sendo motivo de privação do contato com sua mãe, já que pelo menos no início, estando em situações delicadas, estes ficam nas incubadoras, respirando através de ventiladores artificiais, oxigênio, antibióticos, alimentação parenteral ou enteral com leite materno ou fórmula artificial. Essa situação pode, dessa forma, sofrer danos que, por vezes, a díade torna-se como se um e o outro fossem dois estranhos (Kitzinger, 1978).

4) A responsabilidade de um pai idealizado: a figura do homem surge no manual como um pai sempre presente que apoia a esposa nesse momento de acompanhar o bebê prematuro. "É fundamental que cada vez mais possamos observar no pai, companheiro da mãe no (ato de) criar e cuidar dos filhos, as implicações que a necessidade de assumir novas funções e papéis determina em seu funcionamento psíquico" (Brasil, 2002, p. 33).

O pai figura como o provedor das necessidades da família, esforçando-se para oferecer à sua prole e à sua esposa tudo que for necessário para o bem-estar da

instituição familiar: “A chegada desse novo membro da família (o bebê) lhe faz um sem-número de exigências: preocupa-se com sua capacidade de prover as necessidades da família, oferecer apoio à esposa, dispor de tempo para cuidar do bebê” (Brasil, 2002, p. 34).

No documento, o papel da figura paterna é diretamente relacionado aos sintomas físicos da futura mãe:

> Como nas sociedades industrializadas não existem ritos para o pai durante a gestação de sua companheira, alguns sintomas físicos podem surgir como representantes de suas inquietações em relação às modificações corporais que surgem em sua mulher: náuseas, vômitos, aumento de peso, palpitações, crises renais (cálculo renal, por exemplo) (Brasil, 2002, p. 33).

A importância do pai é então enfatizada prescrevendo-se sua presença durante a gestação e parto:

> É importante discutir ainda que todos esses processos – gestação, parto e interação – são extremamente influenciados pela atitude do pai. O suporte emocional que oferece para sua esposa contribui em sua adaptação à gestação, sua presença no momento do parto está associada com menos necessidade de uso de medicação contra a dor no pós-parto e com vivências mais positivas do momento do nascimento (Brasil, 2002, p. 34).

Assim, observa-se que a concepção do Programa Canguru centra-se num modelo idealizado de família, que pode ser bastante distinto daquele presente na população,

principalmente na classe de baixa renda, usuária desses serviços. No Brasil, menos de uma em quatro famílias enquadra-se no modelo da família nuclear, ou seja, pais casados e com filhos (Silva, 2002). Nos últimos dez anos, a chefia feminina na família aumentou cerca de 35%, passando de 22,9% em 1995 para 30,6% em 2005. No nordeste brasileiro, verificou-se um crescimento das famílias com mulheres com filhos e sem cônjuge na chefia familiar, passando de 17,4% em 1995 para 20,1% em 2005 (Brasil, 2006).

5) O processo do desenvolvimento do vínculo afetivo mãe-bebê: o amor materno é apresentado no manual a partir de uma perspectiva inata e comum a todas as mulheres. A formação do vínculo afetivo é associada aos sentimentos surgidos durante a gravidez relacionados com o desenvolvimento físico do feto e com as mudanças no corpo e no psiquismo materno. Apresenta-se um modelo das fases pelas quais a mulher experimenta para desempenhar a maternidade: "1) aceitando a novidade, 2) os primeiros movimentos, 3) aprendendo sobre o futuro do bebê e 4) constelação da maternidade" (Brasil, 2002, p. 29-30).

A mudança de postura para desempenhar esse novo papel de mãe é identificada no documento através da reorganização de identidade:

> Em essência, a mãe deve mudar seu centro de identidade de filha para mãe, de esposa para progenitora, de profissional para mãe de família, de uma geração para a precedente. Portanto, ocorrem exigências de um novo trabalho mental – a mulher, transformando-se em mãe, precisa alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energias, redimensionar suas atividades (Brasil, 2002, p. 31).

Essa perspectiva ideológica que restringe o papel da mulher à maternidade está sendo questionada e redefinida pela nova configuração de família e mulher da atualidade. Os historiadores demonstram que o lugar e a valorização da maternidade no âmbito sociocultural variaram ao longo de diferentes momentos históricos e contextos culturais, em resposta a interesses sociais mais amplos, como os de ordem econômica, demográfica e política (Ariès, 1981; Badinter, 1985; Donzelot, 1986; Forna, 1999; Kitzinger, 1978).

Assim, já que os documentos oficiais tendem a refletir um paradigma vigente na sociedade, espera-se, portanto, que eles ressaltem o significado da maternidade a partir do levantamento sócio histórico e não apenas incuta nos profissionais que irão interagir com as mães uma concepção específica de maternidade.

6) Peculiaridade dos cuidados com o bebê prematuro: as normas oferecem subsídios para capacitar os profissionais da saúde, a fim de favorecer a formação do vínculo afetivo entre a família e o bebê. Essa ação é considerada 'profilática', de forma a evitar danos psicológicos nas relações sociais futuras: "A característica maior desse trabalho com a família na UTI Neonatal refere-se a uma ação profilática quanto ao desenvolvimento das relações desse grupo familiar, além de minimizar o sofrimento daqueles que têm um bebê internado" (Brasil, 2002, p. 46).

> Podemos então pensar quanto uma atenção cuidadosa oferecida pelos profissionais da saúde nesses primeiros momentos poderá reduzir ansiedades e medos. Escutar sobre seus temores e preocupações, para depois lhes oferecer informações sobre a rotina, sobre os aparelhos e sobre os cuidados que cercam

seu filho, poderá, em muitos casos, facilitar a relação tão especial que deverá surgir com a Equipe de Saúde (Brasil, 2002, p. 47-48).

Porém, observa-se que as normas são apenas prescritas, esquecendo-se que cada instituição de saúde possui um funcionamento próprio, nem sempre adequado para esse tipo de assistência. A partir do entendimento e da forma de atuação de cada gestor de hospital sobre o programa, assim como a disponibilidade dos recursos econômicos e as particularidades da população a ser atendida, é que se configura o caráter do Programa Canguru em cada maternidade.

Etapa 2: Os tipos de discursos

Nesse nível de análise, atenta-se para os juízos de valor que perpassam os discursos e situam as construções discursivas através de um determinado viés. Assim, observa-se que um discurso psicologista constitui-se como principal alicerce para as práticas discursivas no documento oficial.

1) Psicologização do amor materno e da família idealizada: ao analisar as justificativas para a implementação do programa apresentadas nas normas que o regem, encontra-se um referencial teórico baseado na perspectiva de autores psicanalistas que ressaltam a importância da criação do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. Desse modo, no texto afirma-se que "não devemos fazer um julgamento precipitado quando achamos que um bebê não será amado simplesmente porque não foi devidamente planejado e desejado, porque o desejo de ter filhos pode ser consciente e também inconsciente" (Brasil, 2002, p. 38).

Nota-se, nesses discursos, o processo de psicologização, ao afirmar que não se deve julgar as mães que não planejaram o bebê, porque existe o desejo inconsciente das

mulheres de serem mães. Observa-se, sob esse viés, uma tentativa de conceber a subjetividade do indivíduo sem contextualização, normatizando o desejo inconsciente de todas as mulheres em serem mães como se fosse a única explicação possível para a maternidade não planejada. Isso reforça ainda a perspectiva de que toda mulher deseja ser mãe e, no momento em que a gravidez acontece, generalizam-se as formas de se conceber a vida, enfatizando-se, até mesmo, a constituição familiar como prioridade na vida da mulher.

Acredita-se que a política de humanização tem como proposta modificar as práticas de saúde do sistema público, a partir de um tipo de discurso, a fim de melhorar a assistência no âmbito materno-infantil. Contudo, nesse teor de reflexão crítica, questiona-se se as práticas discursivas implícitas na política realmente viabilizam mudanças necessárias, principalmente quando os discursos se apresentam carregados de juízos de valor.

Etapa 3: A orientação para a ação

Nesse nível de análise, a proposta é identificar as principais funções das construções discursivas. A atenção se volta então para os objetivos que os tipos específicos de construção discursiva tentaram atingir, bem como para as concepções implícitas nessas construções.

Identificando um viés idealizado na concepção de família e maternidade nos discursos apresentados, a maternidade passa a ser vista como um estado único e igual à todas as mulheres. Observa-se que, embora os pais sejam apresentados como os principais responsáveis pelos cuidados do seu filho, é na mãe que se centra o cuidado no desenvolvimento do vínculo afetivo com o seu bebê: “Neste estado, chamado de preocupação materna primária, as mães – e também os pais – tornam-se capazes de se

colocar no lugar do bebê. Isso significa que as mães desenvolvem uma capacidade incomum de se identificar com seus bebês" (Brasil, 2002, p. 39).

Esses discursos tendem a propor a forma correta e saudável de maternar baseada na concepção de família nuclear. Como resultado, a orientação para ação nos discursos oficiais se dirige à responsabilização dos pais, mais especificamente das mães, acerca dos cuidados com o bebê prematuro, mesmo considerando-se as sequelas que a condição de prematuridade possa acarretar.

Etapa 4: O estudo dos posicionamentos

Nesse item de análise, atenta-se às formas como os discursos presentes no documento oficial posicionam os atores que compõem o Programa Canguru. No programa, as mães são posicionadas como agentes prioritárias para seu sucesso, sendo imprescindível contar com sua participação no desenvolvimento satisfatório do bebê. Enfatiza-se, por essa razão, a importância do vínculo afetivo a partir de uma concepção universal e generalizada do amor materno.

Os profissionais, por sua vez, são posicionados como transmissores/instrutores da forma saudável de maternar que deve ser aceita e reproduzida entre as usuárias. "A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude no manuseio do recém-nascido de baixo peso com necessidade de hospitalização e da atitude de sua família" (Brasil, 2002, p. 23). Contudo, reforçando as idéias já colocadas, como só é oferecido aos profissionais uma única perspectiva da maternidade através do manual do curso, eles tendem a reproduzi-la isentando-se da reflexão sobre os condicionantes sociais, políticos, econômicos e históricos que podem determinar o comportamento materno.

Desse modo, as mães e os outros familiares tornam-se apenas receptores dessas práticas e passam a ser cobradas pelo comportamento ideal de responsabilização pelo seu bebê.

Etapa 5: O estudo das práticas

Reserva-se esse tópico para identificar e relacionar o tipo de práticas favorecidas pelas construções discursivas antes enumeradas. Isso requer uma exploração sistemática dos caminhos através dos quais essas construções e os posicionamentos dos sujeitos nelas contidas abrem ou fecham oportunidades para a ação.

Observa-se que o manual oferece alguns conceitos e passos a serem seguidos pela equipe técnica do Programa Canguru, de forma a acolher a mãe e a família no processo de favorecer o desenvolvimento do vínculo afetivo. Esses conceitos referem-se ao "acolhimento, comunicação, família ampliada, interação social e maternagem" (Brasil, 2002, p. 46).

Embora, em algum momento, o documento oficial atente para a necessidade de considerar o usuário a partir de sua história individual, desejos e sentimentos próprios, ao mesmo tempo, a maioria dos textos posiciona pessoas e famílias como grupos homogêneos. Sustentando-se no modelo de família de classe média, negligenciam-se as profundas diferenças socioculturais, especialmente entre estratos sociais diferenciados.

Evidencia-se também o caráter impositivo da política para as mães usuárias do SUS. Nos hospitais privados, esse método não é um programa de saúde e sim uma opção, cabendo à mãe decidir pela participação ou não. Dessa forma, torna-se uma escolha para algumas mulheres e uma imposição para outras. A maioria das usuárias do SUS acaba por aceitar essa imposição, mas fortalece-se, ao mesmo tempo, a submissão e a falta de autonomia entre essas mulheres.

A falta de informação acerca dos procedimentos médicos, da situação de saúde do bebê e da permissão da mãe em deixar a maternidade tendem a agravar as dificuldades vividas pelas mães na maternidade, o que pode repercutir no processo de vinculação mãe-filho (Souza *et al.*, 2007; Souza *et al.*, 2009). Puccini & Cecílio (2004) se estendem em relação ao direito à informação como simples componente do direito à saúde por parte do cidadão. Os usuários dos serviços devem ser estimulados a usar essas informações criticamente, criando novos patamares de necessidades e assim buscar mudanças nos projetos, na reorganização e práticas de saúde.

Dessa forma, embora haja uma prescrição nos manuais a estimular a participação da população nos cuidados à saúde, é no encontro com o cuidador que os direitos à saúde ganham sua materialidade; é nessa interação dinâmica e dialógica que determina a integralidade do atendimento. Dessa forma, essa situação só pode se estabelecer a partir do reconhecimento das necessidades de cada indivíduo enquanto ser humano.

Etapa 6: As formas de subjetivação possíveis

A relação entre os posicionamentos e as práticas dos atores sociais condiciona os processos de subjetivação, que podem determinar as formas de ser e estar no mundo, construindo realidades sociais e psicológicas.

O manual apresenta como objetivo “propor uma abordagem” (Brasil, 2002, p. 11), no intuito de construir nos profissionais a noção da importância do vínculo e do amor materno para o desenvolvimento saudável do recém-nascido prematuro. Tal finalidade é defendida como se os profissionais fossem capazes de incutir essas ideias na vida das mulheres participantes do programa, apresentando-as como a única forma de maternar.

Igualmente, especificamente no caso do Programa Canguru, pelo fato de sua implantação e desenvolvimento virem determinados através de normas que regulam as formas de aplicação, estas tendem a ser acriticamente adotadas com um caráter vertical e autoritário, desconsiderando-se a realidade econômica, social e cultural que os atores sociais estão envolvidos (Traverso-Yépez, 2007).

Essa perspectiva vertical baseada em noções de objetividade desconsidera que o bem-estar é uma produção conjunta e relacional entre as pessoas. A interação autoritária tende a deixar de lado as competências potenciais dos usuários, fortalecendo, assim, as relações de poder instituídas.

Portanto, a análise dos documentos oficiais do Programa Canguru, enquanto uma política de humanização do Ministério da Saúde, pode contribuir para a reflexão mais crítica dos modelos e ações em saúde pública. Como anteriormente destacado, os discursos presentes nos documentos oficiais são "textos" capazes de normatizar e modelar o processo de trabalho em saúde num contexto institucional. Consequentemente, torna-se necessário investigar como as práticas cotidianas são definidas e passam a institucionalizar as formas de ação amparadas pelas construções discursivas do documento oficial. O estudo II, a seguir, enfocará essa relação, oferecendo uma reflexão sobre o cotidiano institucional do Programa Canguru.

ESTUDO II

ANÁLISE DA DINÂMICA INSTITUCIONAL COTIDIANA NA MATERNIDADE JANUÁRIO CICCO

O segundo estudo dessa pesquisa foi realizado na Maternidade Escola Januário Cicco na cidade de Natal/RN. Este capítulo caracterizou, primeiramente, o contexto institucional da maternidade. Posteriormente, os dados desse segundo estudo foram organizados a partir dos olhares e versões dos profissionais, bem como das usuárias. Assim, o material construído a partir das conversas informais, entrevistas, diário de campo e grupos focais, serviram como pontos de reflexão sobre o trabalho dos profissionais e o dia a dia das usuárias do Programa Canguru. Essa segunda etapa foi então dividida em duas partes: 1) com os profissionais do Programa Canguru e 2) com as usuárias do Programa Canguru.

3.6. O contexto institucional

A Maternidade Escola Januário Cicco localiza-se na Cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte. Essa maternidade faz parte da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sendo referência no atendimento materno-infantil para o Estado do Rio Grande do Norte. Grande parte das mães atendidas é de baixo nível de escolaridade e baixa renda econômica. Elas são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), advindo a maioria delas das cidades circunvizinhas de Natal que não possuem

serviço de UTI neonatal. Por isso, as mães passam a residir no alojamento conjunto do programa da maternidade até a alta do bebê, que muitas vezes pode chegar a três meses.

A maternidade Escola Januário Cicco foi idealizada e fundada em 19 de março de 1928 pelo médico norte-rio-grandense Januário Cicco. Este foi formado na Bahia em 1906 vindo logo em seguida para Natal, onde reorganizou a assistência médica, construindo o Hospital de Caridade Juvino Barreto, hoje Hospital Universitário Onofre Lopes. Carecendo de autonomia para seu funcionamento, pois o Hospital era de propriedade do Estado, o Dr. Januário Cicco, em 1926, criou uma Sociedade de Assistência Hospitalar com a finalidade de administrar o Hospital como serviço terceirizado. Logo depois, fundou a Maternidade de Natal cujas obras tiveram início em 1932.

No início da década de 1940, a Maternidade estava pronta para funcionar, mas o esforço de Guerra, representado na Capital do Estado pela construção do Campo de Aviação de Parnamirim com uma base americana, fez com que a Maternidade fosse ocupada como Quartel General das Forças Aliadas e Hospital de Campanha. Com o final da II Guerra Mundial e após intensa campanha, o Dr. Januário Cicco conseguiu retomar o prédio, restaurá-lo e colocá-lo para funcionar, o que ocorreu somente em 1950. Entretanto, apenas em 1955, quando foi criada a Faculdade de Medicina da UFRN, é que passou a ser incorporada à universidade, instituindo-se sob o nome Maternidade Escola Januário Cicco.

Figura 2: Foto da Maternidade Januário Cicco nos dias atuais, 20/11/2007

Considerando o fato de ser uma maternidade construída na década de 1940, e não ter passado por uma importante reforma na estrutura física, observou-se que este fator apresentou-se como um ponto negativo para a implantação e funcionamento do Programa Canguru na perspectiva de alguns profissionais:

> É uma maternidade velha, construída em 1940, capenga, construída para guerra, a gente não tem espaço físico para fazer uma instalação adequada para essas mães, elas ficam muito ociosas porque não tem um espaço físico adequado… só tem uma minúscula sala com televisão, né? Se tivesse uma salinha organizada, que elas tivessem um espaço para ficar as coisas lá, para fazer trabalho manual, para pintar, alguma coisa, mas não têm. Então o espaço físico é o que detona mais o canguru porque não é preparado, ele foi adaptado, uma adaptação bem fora da real necessidade (Assistente social 1 em entrevista individual).

Por outro lado, é necessário considerar que atualmente essa maternidade é reconhecida como hospital de referência terciária do SUS, funcionando como um campo de ensino e aplicação prática para as profissões da área da saúde, cumprindo um trabalho de ensino, pesquisa e atenção à população pobre. A estrutura física desta maternidade compõe-se de 93 leitos destinados à obstetrícia; destes, 16 leitos são exclusivos para o Programa Canguru, 10 para alto risco e os demais para pós-parto normal ou cesariano. A maternidade dispõe também de 22 leitos na UTI neonatal.

Não existia um setor responsável pelos dados estatísticos acerca do número e características dos partos na maternidade. Esse controle era feito voluntariamente por uma médica que estava realizando um programa de pós-graduação e passou a colher e utilizar os dados colhidos na UTI neonatal entre 2001 e 2004. Assim, esses números indicavam que nessa maternidade foram realizados, aproximadamente, 25 atendimentos de emergência por dia. Além disso, ocorrem cerca de 20 cirurgias eletivas por semana e 4.500 partos por ano. Os dados sobre os tipos de partos nesta maternidade, assim como a caracterização das mães e dos bebês, estavam disponíveis entre os anos de 2001 e 2004, demonstrados na tabela a seguir:

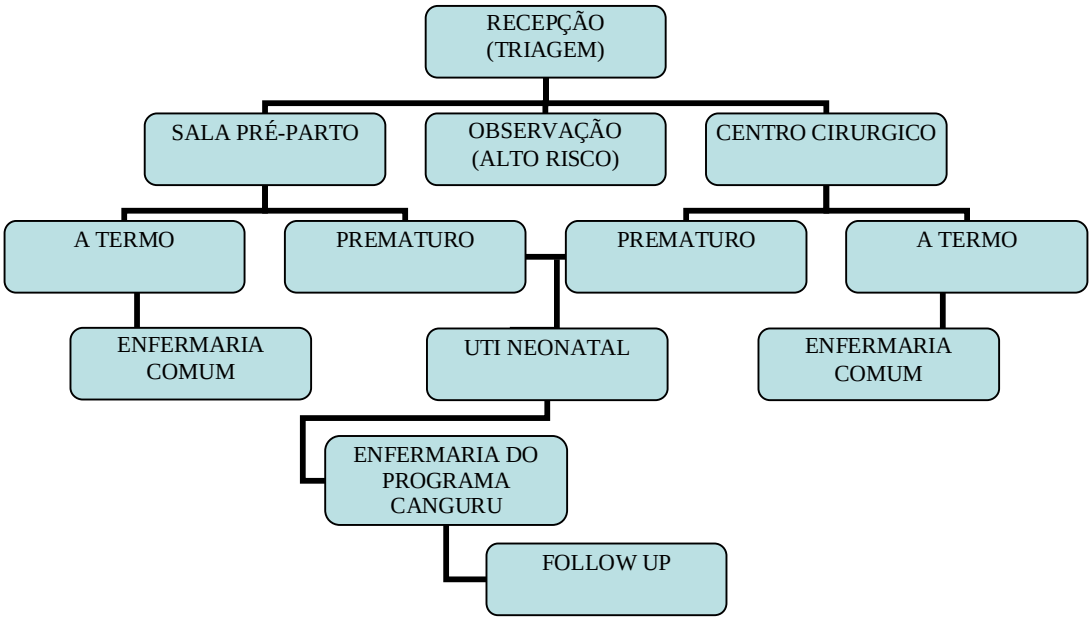
Tabela 3: Caracterização dos nascimentos e mortalidades na maternidade Januário Cicco

	2001	**2002**	**2003**	**2004**
Total nascimentos	4.832	4.984	4.670	4.868
Parto Normal	55,25%	54,27%	51,52%	62,78%
Parto Cesário	40,23%	41,51%	44,26%	37,22%
Bebês Pré-termo	13,35%	14,58%	14,9%	14%
Mães adolescentes (menores de 17 anos)	23,07%	21,61%	20,50%	23%
Coeficiente de Neomortalidade precoce (antes de 7 dias)	10,46/1.000	9,86/1.000	10/1.000	15,48/1.000
Coeficiente de Neomortalidade tardia (após 7 dias)	2,99/1.000	3,60/1.000	2,48/1.000	2,35/1.000

De acordo com Véras & Traverso-Yépez (2009), embora inconsistente, dados estatísticos do Ministério da Saúde consideram ser 6,5% o índice de prevalência de partos prematuros em 2004. Contudo, esses números foram contestados por Barros *et al.* (2005) e Silveira *et al.*, (2008) que relataram um aumento do índice de partos prematuros de 6,3% em 1982 para 17,1% em 2004, aproximando-se mais dos resultados encontrados na Maternidade Escola Januário Cicco. Igualmente, esses dados também demonstram que o coeficiente de neomortalidade precoce estava superior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que é 10 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. Igualmente, nessa maternidade, o número de cesarianas ultrapassou em demasia os 15% recomendados pela OMS. Atenta-se também para o grande número de adolescentes menores de 17 anos atendidas na maternidade.

Na maternidade Januário Cicco, após o parto, o percurso das mães pode ocorrer por caminhos diferentes, de acordo com o grau de risco da gravidez e o estado de saúde da mãe, conforme esquematizado no gráfico a seguir. Existe a sala de recepção, onde uma técnica de enfermagem recebe a paciente e encaminha para um residente de medicina. Nesse consultório, a mãe é examinada, se ainda não estiver em trabalho de parto volta para casa ou fica em observação. Se a mãe estiver em trabalho de parto, dependendo do tipo de parto indicado pelo médico (normal ou cesário), as mães são encaminhadas para a sala de parto ou o centro cirúrgico, respectivamente. Se o bebê nascer a termo, a mesma é encaminhada para a enfermaria onde deve permanecer por um ou dois dias. Se a mãe for uma paciente de alto risco, vai para a enfermaria de alto risco, onde permanecem ali mulheres que ainda não pariram como também mulheres que já pariram e correm risco de vida.

Figura 3: Organograma do percurso das mães na Maternidade Escola Januário Cicco



Se o bebê nascer prematuro e/ou de baixo peso este será encaminhado para UTI neonatal e a mãe fica internada na enfermaria canguru. Após a alta do bebê da UTI, a díade permanece no alojamento conjunto desta mesma enfermaria canguru até receberem alta, iniciando então o Follow Up (fase ambulatorial).

De acordo com as normas do Programa Canguru, a mãe deve realizar a posição canguru a partir do momento que seu bebê encontra-se internado na UTI, estendendo-se durante toda sua estadia no alojamento conjunto. Recomenda-se que o contato pele a pele seja desempenhado 24 horas por dia, inclusive durante a refeição e sono da mãe, retirando o bebê da posição apenas durante o banho da mãe e do bebê.

Todavia, o que foi observado durante as frequentes visitas na maternidade é que a maioria das mães não realizava essa prescrição:

> É realmente, no mínimo, curioso e intrigante ver que no Programa Canguru da maternidade são poucas mães que realizam realmente a posição canguru, colocando o bebê no contato pele a pele. Hoje eu contei que das 18 mães internadas no programa, apenas uma estava realizando a posição canguru. Enfim, a enfermeira me adiantou que o objetivo do programa não é exatamente fazer com que a mãe coloque o bebê entre os seios, mas que ela desenvolva a capacidade de cuidar do seu bebê prematuro, reconhecendo também os sinais de desconforto respiratório dele. Assim, eu voltei para casa no final do dia me perguntando o porquê do nome Canguru. Compreendo que a intenção é humanizar o atendimento, envolvendo toda família no processo de cuidados com esse prematuro. Mas se o mais importante não é o contato pele a pele, porque esse programa continua sendo revestido sob essa perspectiva de contato pele a pele? (Diário de campo do dia 09/05/2007).

Sobre a população atendida nessa maternidade, ressalta-se que em 2005, do total de atendimentos realizados este ano, 40,6% foram de pacientes de outras cidades, com ranking liderado pelas pacientes da cidade de Parnamirim (cerca de 20 minutos do hospital) com 11,3% das pacientes. Observa-se que em 2005 esta cidade já havia inaugurado uma maternidade com UTI neonatal. As outras cidades que mais encaminharam pacientes para a Maternidade Januário Cicco foram São José do Mipibu, com 3,91%, Canguaretama com 3,32% e São Gonçalo do Amarante e Goianinha, ambas com 3,14%. Constata-se, dessa forma, que por se tratar de uma maternidade referência para casos de riscos, o número de pacientes proveniente de outras cidades é muito grande. Algumas mães, inclusive, chegam a parir durante o trajeto para a maternidade, na própria ambulância, passando a receber cuidados médicos ao serem admitidas na instituição, como relatou uma mãe:

> Esse aqui (o bebê), eu me deitei logo cedo da noite, quando foi duas horas da madrugada eu comecei a sentir as dores do parto, acordei e já tava menstruada, foi quando eu fui pra maternidade de lá de São Paulo do Potengi (situada a 76 km de Natal) e o médico disse que eu tinha que ir pra Januário Cicco porque o bebê ia nascer antes do tempo. Aí me trouxeram pra cá e foi quando ele nasceu dentro do SAMU mesmo (Mãe em grupo focal, 11º filho, proveniente de São Paulo do Potengi).

Mas esses casos não são muito frequentes na maternidade, geralmente as mães são admitidas ainda com os sintomas do parto. Essa mãe, especificamente, entrou em trabalho de parto prematuramente. Assim, as mulheres que dão à luz ao bebê prematuro,

imediatamente após o parto seguem para a enfermaria do Programa Canguru, com exceção das mães com risco de vida.

Esse programa, especificamente, dispõe de uma organização estabelecida da seguinte maneira: A UTI neonatal dispõe de 18 incubadoras para bebês de alto risco e 4 para bebês mais estabilizados (de pré-alta). Em frente à UTI encontra-se a enfermaria, na entrada desta existe um 'posto' de enfermagem que controla o fluxo de pacientes e reúne os profissionais deste setor. A enfermaria dispõe de 16 leitos, porém estão dispostos de dois a dois num espaço reservado para apenas um leito. Um destes espaços foi transformado em sala de TV, contendo algumas cadeiras e uma televisão. Ao lado desta sala, na entrada das enfermarias encontra-se o posto de saúde, onde ficam os medicamentos e materiais para curativos e cuidados gerais. Em frente à sala da TV existe um banheiro coletivo com dois chuveiros e dois vasos sanitários. Na porta de entrada desse banheiro existe uma pia com água aquecida para banho dos bebês.

Acerca dessa estrutura física destinada ao Programa Canguru, os profissionais também retratam a carência de utensílios básicos que poderiam promover a melhora da estadia das mães nesse ambiente:

> A maternidade não tem lavanderia. As roupas do bebê mesmo, não tem onde lavar, tem que levar pra casa para lavar. A direção tinha prometido comprar uma máquina de lavar para elas, mas até agora nada (Enfermeira em grupo focal).

Outras dificuldades físicas apresentadas também são observadas logo na primeira etapa do programa. O documento oficial do Programa Canguru (Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Mãe Canguru recomenda que a UTI neonatal disponha de cadeiras e bancos para facilitar o empenho dos pais em

praticar o método. Porém, essa disponibilidade não era facilmente encontrada, uma vez que muitas mães permaneciam por muito tempo em pé ao lado da incubadora.

Outra observação é que na enfermaria cada conjunto leito materno-berço do recém-nascido deve obedecer à norma de pelo menos $5m^2$. Porém, devido ao pequeno espaço de circulação, cada quarto é composto de dois leitos. O espaço entre os leitos é tão estreito que para uma mãe entrar no quarto a outra tinha que sair para dar passagem. O espaço fica reduzido apenas ao tamanho dos leitos. Salienta-se a importância de lembrar que muitas mães chegam a morar neste ambiente por várias semanas, chegando algumas vezes a 3 ou 4 meses.

De acordo com o documento oficial cada enfermaria deveria possuir um banheiro. Mas foi observado nesse programa que existia uma divisão de 16 leitos para um banheiro coletivo. Essa questão muitas vezes foi motivo de reclamação por parte das usuárias. Com a grande quantidade de usuárias desse ambiente, o acúmulo de sujeira e resíduos deixava o banheiro muitas vezes impossibilitado de ser utilizado:

> Eu acho que precisam limpar mais o banheiro, porque tem mulher que suja e deixa sujo, joga papel no chão. O cheiro ta muito forte. O vaso ta quebrado então as mães deviam ter consciência como eu de encher o balde e jogar água né? (Mãe em entrevista individual, 25 anos, 1º filho).

Igualmente, outros itens constantes no documento, tais como sistema de vácuo para aspiração, berço aquecido, carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória não estavam presentes nas enfermarias. Quando havia necessidade destes equipamentos, o bebê era levado até a UTI (disposta em frente às enfermarias).

Diante disso, observou-se que as construções discursivas de alguns profissionais sobre a estrutura física do Programa Canguru indicaram que o ideal para o bom funcionamento e acomodação das pacientes seria a construção de uma casa onde as mesmas pudessem residir durante o acompanhamento do bebê na UTI, ou seja, durante a primeira fase. Assim, os leitos da enfermaria poderiam servir exclusivamente para outras mães da segunda fase:

> Na maternidade Y, por exemplo, tem canguru e é padrão, dentro da própria UTI começa o canguru e ela não fica na enfermaria do canguru, ela fica lá fora, numa casa construída para elas. Aqui, a mãe que tem o bebê na UTI fica internada dentro da maternidade. A instituição tem que dar condições a essa mãe de ir e vir para não ocupar um leito sem necessidade (Médica em entrevista individual).

> Deveria era ter uma casa de apoio pra elas e os leitos dela serem ocupados com outras mães (Enfermeira em grupo focal).

Logo, o que foi percebido nas construções discursivas dos profissionais e nas observações participantes é que a lógica de ocupação e organização desses espaços reflete a dinâmica de fragmentação do atendimento que constitui um espaço de interação, conflito ou cooperação e domínio. Este ambiente acaba se tornando tenso devido à precária infraestrutura e falta de espaço físico, podendo significar sofrimento para o profissional e bem como para o usuário.

Para compreender o contexto institucional do Programa Canguru é necessário também investigar de que forma esse método de intervenção foi criado e implantado na maternidade na perspectiva dos profissionais. Assim, após a caracterização dos atores

sociais envolvidos na pesquisa, as construções discursivas dos profissionais e das usuárias serão discutidos.

3.7. COM OS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA CANGURU

Os profissionais participaram de três grupos focais, com uma média de quatro pessoas em cada grupo. As entrevistas individuais foram desenvolvidas com oito destes: uma médica, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, um psicólogo e uma estagiária de psicologia. Ressalta-se também que as assistentes sociais e o psicólogo não trabalhavam exclusivamente no programa, mas atendiam à demanda de toda maternidade.

No estudo com os profissionais do programa, as perguntas-chave feitas nas entrevistas foram acerca da dinâmica institucional, do Programa Canguru, do desenvolvimento do seu trabalho, da percepção da situação das mães e, finalmente, acerca das propostas de mudanças do programa.

Nessa perspectiva, as construções discursivas dos profissionais foram divididas a partir de categorias descritas adiante:

Tabela 4: Construções discursivas dos profissionais

3.7.1 O posicionamento dos profissionais com relação ao programa
A ênfase no vínculo materno-infantil
O período de internação das mães na maternidade
As expressões das relações desiguais de poder
3.7.3 O cotidiano do processo de trabalho em saúde
As limitações estruturais do serviço
O compromisso profissional e assistência humanizada
Propostas de mudanças do sistema atual
3.7.3 Perspectivas acerca das usuárias do Programa Canguru
O fator socioeconômico e cultural
A falta de apoio social e familiar

3.7.1. O posicionamento dos profissionais com relação ao programa

De acordo com os profissionais da maternidade, o Programa Canguru foi implantado nessa maternidade em 2001. Constatou-se que esse programa foi inicialmente desenvolvido a partir de uma necessidade dos usuários. Todavia, não ficou bem esclarecido sobre a existência de uma coordenação ou supervisão para dar início à implantação dessa assistência humanizada:

> No início não era bem um canguru, os bebês saíam da UTI e eles iam pra onde a mãe estivesse, em qualquer alojamento, comum mesmo. Só que a gente começou a perceber que as mães que tinham bebês com menos de dois quilos e demoravam a receber alta, elas começavam a ficar ansiosas, as meninas eram treinadas a dar dieta por sonda. E nós solicitamos à direção um local para separar essas mães que tinham os bebês com menos de 2 kgs. Então conseguimos um lugar perto da UTI, porque o canguru tem que ser perto do canguru (Médica em entrevista individual).

Em conversas informais, constatou-se que o programa surgiu sob a coordenação de uma assistente social que o administrou até 2004. Entretanto, desde então, o Programa Canguru encontra-se sem um coordenador oficial. Dessa forma, sabendo-se da importância de uma coordenação compromissada com seu trabalho para o sucesso de qualquer programa de saúde, verificou-se que os próprios profissionais apresentaram queixas em relação à falta de uma coordenação do programa:

> Eu acho que o maior problema que a gente encontra aqui no canguru é a falta de alguém que conduza esse programa, alguém que chame, que vá à frente (Psicólogo em entrevista individual).

> Eu acho que o que ta faltando aqui é uma orientação, é ter alguém que informe, que oriente, que fique sempre em cima (Estagiária de psicologia em entrevista individual).

> A queixa principal dos profissionais é que nas outras instituições que têm o Programa Canguru implantado, a equipe multidisciplinar é exclusiva do programa, eles não trabalham em outros setores da maternidade. E tem psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista e outros trabalhando exclusivamente como uma equipe com essas mães (Diário de Campo, 20/11/2006).

Por outro lado, ao questionar acerca do motivo da falta de um coordenador, uma enfermeira indicou a falta de apoio da direção, levando à desmotivação dos profissionais em assumir e liderar o programa:

> As pessoas que se interessam por esse projeto não tiveram apoio da direção. Começou a esfacelar, esfacelar e as pessoas foram se afastando. Por exemplo, Dra. X era uma pessoa que vestia a camisa do programa, se doava mesmo, e hoje em dia passa aqui rapidinho, faz só a visita médica e pronto (Enfermeira em grupo focal).

O envolvimento e o grau de compromisso do gestor com as práticas de saúde são considerados aspectos-chave para o sucesso da implantação e desenvolvimento de programas de humanização. A postura dos gestores e a escolha de processos gerenciais podem apenas adotar o modelo de humanização da assistência de forma burocrática e passageira como também podem adotar uma lógica de atenção centrada na qualidade das relações humanas, na satisfação dos usuários e profissionais e na abertura de espaços para um verdadeiro exercício dos direitos do paciente (Deslandes, 2005). Assim, torna-se indispensável e urgente que a maternidade receba apoio da direção para eleição de um coordenador do programa, assim como também recursos orçamentários indispensáveis para a adoção, acompanhamento e avaliação contínua.

Somando-se a isso, em conversa informal com a enfermeira da UTI neonatal, foi destacado que, embora alguns profissionais da maternidade tivessem participado do curso sobre humanização e sobre o Programa Canguru em Minas Gerais e em Fortaleza com o incentivo financeiro do BNDES, esse programa de humanização ainda não está cadastrado no Ministério da Saúde. Assim, para manutenção do programa, o hospital recebe incentivo do programa Hospital Amigo da Criança, que estimula o aleitamento materno, e contribui com o pagamento de 2 reais por dia para cada leito ocupado na instituição. Talvez por esse motivo não exista grande interesse por parte da direção em qualificar os profissionais ou de investir na qualidade de atendimento do programa.

Ressalta-se por outro lado que dos profissionais que receberam esse curso no início da implantação do programa, apenas essa enfermeira citada e uma assistente social continuam atuando nele. Os outros profissionais que receberam o treinamento encontram-se atuando em outra área, ou já deixaram a maternidade. A consequência disso é que, atualmente, a grande maioria dos profissionais não escolheu atuar nessa área, mas devido à demanda, foram solicitados a trabalhar no programa:

> Teve gente que recebeu treinamento, preparação para trabalhar no canguru. Mas eu vim pra cá jogada, me colocaram aqui quando o barco já tava andando. Eu aprendi aqui na marra, não fiz curso nem nada. A gente fica dando continuidade pra não ver tudo jogado, mas não tivemos nenhum apoio, nenhuma preparação. Eu não fui treinada nem preparada pra trabalhar com Projeto Canguru. Eu vim jogada pra cá. Eu continuo fazendo alguma coisa porque vejo necessidade. Já é uma coisa improvisada né? E as pessoas que fizeram curso, fizeram treinamento, tiveram bagagem se distanciaram. Trabalham na maternidade, mas em outras áreas, estão fazendo outras coisas. E as coisas se perdem por aí. A instituição investe no profissional pra fazer aquilo ali e depois cada um vai pro seu canto dizendo: 'ah, eu não gosto mais, ah eu cansei, achei uma coisa melhor e procura outra coisa'. E aí botam pessoas que não foram preparadas pra trabalhar com isso (Enfermeira em grupo focal).

Igualmente, percebeu-se que mesmo os profissionais que receberam o curso, estes não foram questionados ou motivados a realizarem o treinamento, tendo em vista a declaração de uma assistente social que realizou o curso:

> Eu mesmo fui fazer esse curso porque uma pessoa desistiu e me ofereceu, como era pra viajar e conhecer outra cidade eu disse: de graça até injeção na testa. Eu trabalhava em outra área nessa época e quando iniciaram o canguru me empurraram para cá. Me empurraram mesmo, a palavra certa é essa. Me obrigaram, mas depois eu fui gostando (Assistente social 2 em grupo focal).

Assim, considerando as dificuldades de mudança de postura ao atendimento do recém-nascido prematuro, fica evidente que a maternidade estudada encontra-se necessitada de educação continuada para esses profissionais. Pesquisas sobre o processo de implantação do Programa Canguru no Brasil (Colameo & Rea, 2006; Rodrigues, 2005) apontaram como dificuldades: falta de vontade política, resistência de adesão dos profissionais que não foram capacitados e falta de espaço físico nos hospitais. Colameo e Rea (2006) enfatizam a importância do treinamento adequado e concordam em que todos os profissionais da unidade neonatal devam ser capacitados, através de um treinamento de caráter multiprofissional, com conteúdo programático bastante amplo sobre os recém-nascidos prematuros e a importância do Programa Canguru. Esse treinamento deve ter o objetivo de preparar a equipe para oferecer apoio psicoafetivo aos pais e à família.

Durante as conversas informais e nas entrevistas, verificou-se que as construções discursivas dos profissionais se voltaram para as usuárias. De forma geral, ao se referirem acerca do papel materno no programa, verificou-se que as principais preocupações dos profissionais em suas práticas cotidianas foram a necessidade de incutir nas mães a necessidade do vínculo afetivo com o bebê, como também sobre a importância da mãe em permanecer na maternidade cuidando do seu filho. Assim sendo, esses temas formaram as construções discursivas a seguir.

A ênfase no vínculo materno-infantil

Observou-se que os profissionais tendem a enfatizar em seus discursos a importância do contato precoce e do conforto emocional por parte das mães como um dos aspectos primordiais desse tipo de intervenção:

> Para mim, o mais importante do programa é o vinculo mãe-filho. E o bebê melhora sensivelmente ao lado da mãe. Isso a gente vê desde a UTI, a mãe presente, sempre carinhosa o bebê evolui rápido, diferente da mãe que nem vai lá (Médica em entrevista individual).

A promoção do vínculo materno-infantil vem sendo um dos aspectos mais enfatizados e comprovados na literatura sobre o Programa Canguru (Aréstegui, 2002; Cardoso *et al.*, 2006; Dzukou *et al.*, 2004; Ferreira & Vieira, 2003; Furlan, Scochi & Furtado, 2002; Ruiz-Peláez, Charpak & Cuervo, 2004; Tessier *et al.*, 1998).

Igualmente, à constatação empírica dos progressos do bebê na perspectiva da promoção do vínculo afetivo, corroboram os achados de Klaus e Kennel desenvolvidos a partir de 1970. Esses estudos têm oferecido importantes evidências de que o vínculo materno-infantil pode contribuir para recuperação do bebê prematuro interno na UTIN, assim como para redução do número de maus tratos e abandonos. O contato precoce pele a pele nos primeiros minutos de vida propicia o afeto, segurança, satisfação e confiança por parte da mãe nos cuidados com o bebê (Aréstegui, 2002). Além disso, permite que as mães continuem produzindo leite e diminua o tempo de internação na maternidade, conforme se observa no discurso da assistente social abaixo:

> O objetivo do canguru é fazer com que o bebê tenha uma recuperação mais rápida, né? Porque a gente sabe que com o contato da mãe ele se recupera mais rápido, principalmente esses prematurozinhos, eles precisam do contato com a mãe. Sentir o cheiro da mãe, a respiração da mãe ajuda ele a respirar. É uma importância vital para o bebê, eu vejo como uma importância vital a mãe canguru. Porque o bebê tem menos apnéia, ele absorve melhor a dieta, ele se recupera bem mais rápido do que um bebê que não é feito o canguru nele (Assistente social 1 em entrevista individual).

> Tem duas respostas que vêm na minha cabeça: é para criar o vínculo com o bebê que ajuda na recuperação e ela saia logo do hospital, mas o meu objetivo quando eu vou para lá trabalhar com elas é ajudar a diminuir essa ansiedade, para ajudar a atingir o objetivo do canguru. É deixar a mãe mais tranquila para ela atingir o objetivo do canguru (Psicólogo em entrevista individual).

Percebeu-se que o vínculo era um tema recorrente nas construções discursivas dos profissionais. Entretanto, na maioria das vezes, esses profissionais apenas reproduzem o instituído no documento oficial do programa:

> O principio do canguru é que o bebê entre em contato direto com a pele da mãe, pois isso vai proporcionar uma energia de forma que essa criança respire melhor, mantenha o calor da mãe, que isso é preocupante em crianças prematuras, que causa a perda de peso, e a proteção, a segurança imediata das mães com seu bebê. O princípio do método é pele a pele. Sentindo o calor e o coração. Toda essa linguagem corporal que é estabelecida entre mãe e filho é fundamental por

> ter uma importância corporal e emocional, além do aumento de peso. A segurança, a afetividade, a relação de afetividade é estabelecida nesse contato pele a pele (Técnica de enfermagem em entrevista individual).

Aponta-se o vínculo afetivo e o contato pele a pele como primordiais para o desenvolvimento cognitivo e comportamental posteriores (Aréstegui, 2002). Da mesma forma, na perspectiva dos profissionais, os benefícios da posição canguru estavam intrinsecamente calcados na formação do vínculo afetivo entre mãe e bebê:

> Eu vejo que tem muitas crianças que eu acredito que saem (da UTIN) por conta do amor da mãe, de tanto querer que ela saia... é pela insistência, pelo amor de mãe que faz com que o bebê melhore, contraria tudo que a equipe diz do bebê, do prognóstico, mas o bebê termina saindo (Enfermeira em grupo focal).

Verifica-se, dessa forma, que os cuidados maternos estão fortemente relacionados com a formação do vínculo afetivo. Referir-se a cuidados maternos não significa somente incluir higiene e alimentação, mas também o amor, o carinho e a atenção que a mãe pode oferecer ao bebê (Bowlby, 1995).

O posicionamento dos profissionais do programa enfatiza a relação que fazem entre sua perspectiva sobre o amor materno e o observado nas usuárias:

> Nas reuniões eu vejo que (o amor materno) é uma coisa indescritível, muda muito a vida da mulher, porque você se dedica ao filho. As que tinham mais de um filho diziam que por mais que ela ame todos, o amor é diferente. Uma delas disse que tinha dois filhos que eram criados pelos avós, mas esse que tinha

> nascido agora ela ia cuidar e desse ela ama mais, porque ela é quem vai cuidar. Eu acho que o contato próximo é quem vai dar essa intensidade do amor, isso é igual com qualquer pessoa. Quem cuida ama. Você, as vezes, ama pessoas que nem são da família (Psicólogo em grupo focal).

Contudo, apesar de aproximar a mãe e o bebê a partir do contato prolongado, os conflitos das mães observados a partir das conversas informais e grupos focais que se expressaram em ansiedade, choro e isolamento serviram como um indicador das práticas realizadas nesse serviço. A prática cotidiana na maternidade demonstrava outra realidade. Muitas mães não queriam permanecer na maternidade, algumas queriam dar o bebê, ou mesmo deixá-lo na UTI.

> Hoje eu conheci X, 25 anos, moradora do Mãe Luiza, viciada em crack e HIV positivo. Essa mãe descobriu que estava grávida aos sete meses de gestação, quando quase teve uma overdose de crack e foi internada numa clínica para dependentes químicos em Capim Macio. Nessa clínica, o psiquiatra diagnosticou sua gravidez e de lá mesmo fora encaminhada para o Januário Cico. Logo depois do parto ficou sabendo que era HIV positivo e "estava com a cabeça muito cheia por causa desse problema". Disse que vai sair das drogas porque já conseguiu ficar limpa dois meses. Ela tem outro filho de 7 anos e disse que tomou uma dosagem grande de droga quando soube q o SOS CRIANÇA tinha recolhido seu filho da rua, pois estava pedindo dinheiro e não estava estudando. Seu bebê passou 8 dias na UTI e ela disse que não sabia o que estava sentindo em relação a isso porque nem sabia que estava grávida (Diário de Campo dia 16/10/2006).

Depois de acompanhar o caso dessa paciente, e visitá-la periodicamente, um dia ela recebeu alta e não a encontrei na enfermaria. Ao perguntar à enfermeira, ela me adiantou que X deu o bebê para doação ainda na maternidade e que voltou a morar nas ruas e a utilizar drogas.

Nessa perspectiva, mesmo se deparando com casos como este, existe a intenção de evitar a doação desses bebês por parte das mães (geralmente moradoras de rua ou desempregadas com outros filhos). Como se pode verificar no relato abaixo, a médica do programa incentiva o contato precoce entre mãe e filho a fim de contribuir para o surgimento do vínculo afetivo, mesmo nos casos que a mãe rejeita o filho:

> Elas criam o vínculo, tem mães que chegam e no começo não querem nem saber, à medida que você começa a pedir para ela dar a dieta e ajudar no banho elas começam a criar o vínculo, começam a gostar do bebê. Teve uma mãe aqui que ia dar o bebê, já era certo, não queria o bebê de jeito nenhum, quando o bebê saía da UTI ela botava ele pra dentro (da UTI), dizia que ele fazia cianose, era uma briga, mas no final ela aceitou o bebê e desistiu de dar (Médica em entrevista individual).

Através dos depoimentos dos entrevistados, confirma-se então, que o amor materno pode ser considerado um sentimento nutrido a partir da convivência (Badinter, 1985). O desenvolvimento do afeto necessita de proximidade física e emocional. Não se trata de um sentimento espontâneo e inato, mas ao contrário, demanda empenho, cuidado e investimento dos que integram uma relação amorosa. Com base nessa perspectiva, a convivência entre mãe e filho passa a ser incentivada pelos profissionais de modo a criar o sentimento de amor entre ambos, evitando assim o abandono de

crianças. Todavia, como será observado no próximo tópico, muitas vezes o argumento do amor materno serviu como um modo de controle sobre as mães para evitar que as mesmas deixassem a maternidade.

O período de internação das mães na maternidade

Transformar a internação em uma unidade hospitalar numa permanência menos traumática e mais agradável para o paciente é um dos desafios da humanização da assistência hospitalar no Brasil (Brasil, 2004). O Programa Canguru por ser uma política de humanização enfoca o bem-estar dos usuários no ambiente hospitalar. Todavia, tende-se a desconsiderar que esse tipo de intervenção, na avaliação dos doutores Edgar Sanabria Rey e Hector Martinez, idealizadores do Programa Canguru, deve ser algo proposto pela equipe de saúde, e nunca uma imposição. Assim, foi possível verificar como é complexa a decisão de permitir a saída da mãe da maternidade:

> O meu primeiro dia de observação no Programa Canguru não foi nada convencional. Chegando à enfermaria, me deparei com um grupo de mães inquietas reunidas em frente ao posto da enfermagem. A enfermeira logo me adiantou que tinha acabado de acontecer uma briga entre duas mães. Uma delas estava muito agressiva, tinha arranhado outra mãe com um caco de vidro de um copo quebrado. Essa mãe era moradora de rua e usuária de crack. As profissionais estavam agitadas. Uma delas, a assistente social, queria chamar a polícia para prender esta mãe pela tentativa de agressão. A outra assistente social

> tentava um diálogo com esta mãe, que estava sentada na cama e seu bebê deitado ao seu lado, apresentando tremores de extremidades. A mãe não falava, apenas resmungava e falava palavrões. Aos poucos eu entrei na conversa e a mãe então contou que estava de alta, mas o bebê não, e que ela queria ir embora dali com o bebê. Contou também que estava sentindo necessidade de usar droga e assim que saísse dali iria para uma "boca de fumo". A enfermeira tinha me adiantado que o bebê era prematuro e tinha sífilis congênita, o que implicava que ele teria que passar pelo menos 10 dias na UTI recebendo medicação e mãe deveria aguardar esses dias na enfermaria do canguru e, após a alta, levá-lo para casa. Era consenso que toda equipe do programa queria que a mãe fosse embora da maternidade, pois traria transtornos para as outras mães, mas ao mesmo tempo temiam que a mãe não retornasse para buscar o filho depois do tratamento. Por fim, o serviço social, após entendimento com a médica, autorizou a saída da mãe. Assim, antes de ir embora, a mãe apenas pediu para que, quando terminassem de dar os medicamentos, avisassem a mãe dela (avó do bebê) para vir apanhar seu filho na maternidade (Diário de campo dia 05/06/2006).

Desde o primeiro dia de observação na maternidade foi possível constatar que, apesar de muitas mães reconhecerem a importância de permanecer na maternidade acompanhando o bebê, elas explicitam o desejo de voltar o mais cedo possível para casa. Entretanto, a grande maioria das mães não era informada que possuía o poder de decidir ir para casa, e assim elas "chegam acreditando que têm que ficar enquanto o bebê estiver aqui" (Enfermeira em grupo focal). Além disso, os profissionais apelavam

para o amor materno, estimulando as mães a cuidar dos próprios bebês, na tentativa de incentivá-las a permanecerem na maternidade:

> Elas têm que ficar. Mas se elas insistirem a gente não pode prender. Eu fui no Juizado da Infância saber qual o limite da gente. Até onde a gente podia prender essas mães. Eu até nem sei onde anda esse documento. Então me foi dito que elas têm o direito de ficar porque seu bebê esta internado aqui, mas ao mesmo tempo não podemos prender porque aqui não é uma detenção. Ela sai e o bebê fica na UTI. Mas eu trabalho muito a questão do vínculo com essas mães. Falo do cheiro, que o bebê reconhece o cheiro dela. Que ele sente quando ela chega. Aí eu digo: passe a mão nele e veja como ele fica diferente. Quando as enfermeiras tocam é um jeito, quando você toca é diferente. Eu to errada, eu sei, mas eu trabalho assim. Porque eu apelo pra elas ficarem, mas é pro bem do bebê (Assistente social 2 em grupo focal).

De acordo com Deslandes (2005), existe o reconhecimento dos diretos das mulheres por parte dos gestores das instituições de saúde pública. No entanto, de forma muito ambígua, os depoimentos dos gestores entrevistados por Deslandes identificaram a humanização da assistência ao parto e nascimento como a normatização dos "direitos" da mulher em ficar com o seu bebê imediatamente após o parto, amamentá-lo e acompanhá-lo caso ele seja internado. Nessa atribuição de sentido, o direito é compreendido como dever de uma "boa mãe" e de um "serviço comprometido com as metas da amamentação". Igualmente, na maternidade Januário Cicco, ficou evidente que os profissionais apenas trabalham na perspectiva de que a mãe tem o "direito" de permanecer na maternidade acompanhando o filho e não na perspectiva de que a mãe

tem o direito de ir e vir de acordo com sua vontade. Portanto, os relatos obtidos através das conversas informais, as entrevistas e os grupos focais com os profissionais, destacaram uma forma de imposição da permanência das mães, que muitas vezes é estabelecida através da omissão da informação ou do controle social:

> Uma mãe adolescente aqui tomou citotec (remédio abortivo) e ela nem queria ver o bebê, mas a gente 'colocou eles' no alojamento. Ela não queria o bebê, ameaçava jogar ele, mas aos poucos ela começou a criar o vínculo. Ela não demonstrava que gostava pra gente, antes ela deixava o bebê na cama e ia fumar, não cuidava dele, mas aos poucos ela foi mudando porque ela viu que todo mundo ia embora e ela ficava. E eu ameaçava, você não vai sair daqui, vai passar natal, ano novo, carnaval aqui dentro. Então ela começou a perceber que se não colaborasse ela não ia embora. Então ela começou a perceber que quando ela fazia o canguru, o bebê ganhava peso. E foi assim que a gente conseguiu (Médica em entrevista individual).

Por outro lado, verificou-se que, apesar de alguns funcionários reproduzirem o discurso oficial da importância do vínculo afetivo para convencer as mães a não voltarem para casa, há o reconhecimento entre outros profissionais das condições socioeconômicas de cada usuária, indicando uma prática compromissada com o outro:

> Mas eu vejo o outro lado: essas mães estão abandonando o lar para ficar aqui. Elas vão morar aqui por 2, 3 meses. Então na hora que ela recebe alta e se diz: você pode ir na sua casa ter contato com sua família, organize sua casa e depois volte para se organizar aqui. Aí ela vai em casa, vê os filhos, vê o marido e aí ela

> volta pra cuidar do filho que ficou aqui. Imagine você morar aqui, distante de sua origem, seu lar, sua comida. E isso foi o que elas mais relataram pra mim. Que elas se sentem abandonadas, esquecidas. Então a solução que eu vejo é ir pra casa, organizar as coisas e depois ela volta, dando essa liberdade a elas, elas se organizam melhor. Teve uma aqui que tinha um nível melhor, era professora e ela saía, ia no banco, ia resolver as coisas dela, ia em casa e depois voltava. Ela se sentia melhor fazendo isso. Elas passam a conseguir equilibrar com esse estresse aqui (Técnica em enfermagem em grupo focal).

Constata-se, com isso, que embora o discurso prescritivo institucional seja seguido acriticamente por alguns profissionais, ele é questionado e refletido por outros. Desse modo, percebe-se que os trabalhadores, mesmo que de forma incipiente, encontram uma maneira própria de construir e refletir acerca do seu saber-fazer determinando o grau de compromisso com o usuário (Véras & Traverso-Yépez, 2010). Esse compromisso com o outro pode indicar uma mudança na atitude do profissional. Assim, para que ocorram mudanças nos espaços públicos, é necessário repensar todas essas questões, uma vez que o modo de trabalhar não pode se basear em interesses econômicos ou políticos, mas nas reais necessidades de trabalhadores e usuários dos serviços (Véras, Morais & Traverso-Yépez, no prelo).

Com base nisso, tornou-se claro que por trás do interesse em manter as mães na maternidade, existia uma explicação para tal comportamento: “medo que elas não voltem” (Assistente social em grupo focal, 10 anos de serviço na maternidade). A maioria das usuárias possuía outros filhos em casa e quanto mais tempo passavam longe do filho, aumentavam as probabilidades de elas não retornarem para buscá-lo:

> É porque também a maioria é de fora e tem filhos e não tem com quem deixar, deixa com parente, com vizinho. Aí elas vão embora e não querem voltar. Algumas voltam cheias de problema. Às vezes elas abandonam e o bebê fica um tempão na UTI até que a vara da infância atue (Enfermeira em grupo focal).

Como fora anteriormente discutido, as condições de vida dessas mães usuárias do SUS são geralmente precárias. Algumas eram moradoras de rua e apresentavam doenças como HIV, sífilis e DSTs. Era perceptível e confirmado pelas profissionais que quanto maior o grau de pobreza e o número de filhos, maiores as chances das mães abandonarem o bebê prematuro. Alguns profissionais destacavam casos de abandono e recusa das mães em receber o bebê ao saírem da UTI.

> Nesse momento mesmo eu estou com cinco bebês de alta da UTI e as mães não vêm buscar. Uma tem história de droga, é usuária. A outra tem cinco filhos em casa e disse que não pode vir buscar agora. A outra, o bebê tem um problema neurológico e a mãe disse que não ia querer o bebê, já tem dois saudáveis em casa e não precisa desse. E a outra disse que vem, está ajeitando as coisas em casa e vem buscar. E mais uma disse que tem mil problemas em casa e disse que não vem buscar, ninguém pode julgar os problemas de cada uma. Se a médica então diz vá para casa e depois volte, quando tem uma criança com uma má formação o primeiro a abandonar é o pai, vai embora, não quer mais nem conversa, a mãe quem às vezes fica lutando (Terapeuta ocupacional em entrevista individual).

As complicações neurológicas são frequentes nos bebês prematuros, o que pode aumentar ainda mais o risco de as mães abandonarem os filhos. Assim, a presença dos serviços assistenciais públicos é fundamental para essa população, como também a informação e conscientização das mães sobre o desenvolvimento desses bebês. No Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), esse trabalho é feito de forma integral às mães. A partir do diagnóstico de sequela, a família recebe tratamento fisioterapêutico, fonoaudiólogo, nutricional e médico até o bebê completar 5 anos de idade. Entretanto, a maternidade Januário Cicco demonstrou outra realidade. Em conversas informais com os profissionais e com as mães observou-se que alguns profissionais não avisavam às mães sobre o comprometimento neurológico dos filhos, como observado na fala da enfermeira:

> Uma grande parte das mães não tem conhecimento que o filho vai ficar com sequela. Não é avisado. Tem muito bebê neurológico aqui, todo largado, pras mães é como se fosse um bebê normal, não tivesse nada. A gente vê que é um bebê hipotônico, todo largado. Mas elas não sabem, na cabeça delas é que é um bebê normal. Outro dia saiu um daqui da UTI eu pensei logo: esse bebê é sindrômico. Então eu corri pro prontuário e não dizia nada, nem pedia parecer de geneticista, nada. Aí a mãe veio com o papel de alta e ela era do interior. Aí eu disse: mãe, eu já marquei uma consulta pra você, venha pra cá porque é um hospital especializado. Venha fazer essa consulta. Eu não podia dizer que esse bebê tinha problema, porque eu não posso dar diagnóstico, mas diante do que eu vi, eu corri atrás e tentei ajudar. Era um bebê sindrômico, tava na cara que tinha problema. Então passa muita coisa por aqui (enfermaria) que lá (UTI) deveria ter mais cuidado (Enfermeira em grupo focal).

A observação participante, como também esse tipo de depoimento, mostra a falta de autonomia por parte de alguns profissionais no cuidado com o outro. Isso se comprova quando eles se isentam da incumbência de diagnosticar e informar à usuária acerca do problema neurológico do bebê prematuro (o que faz parte de suas obrigações enquanto médicas). A falta de autonomia do profissional relaciona-se com o seu grau de responsabilização pelos usuários. Autonomia deve ser entendida como maior capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, com protagonismo, com maior capacidade reflexiva e de estabelecer compromissos e contratos com os outros (Campos, 1997, 2000).

Destaca-se também que uma comunicação efetiva entre profissional e usuárias apresenta-se como necessária no processo de trabalho em saúde, como também o trabalho em equipe. Para Bakhtin (1984), toda linguagem, todo conhecimento e toda prática social, em geral, são dialógicas. Implica que toda e qualquer expressão existe em resposta a coisas que têm sido feitas e/ou ditas antes e antecipa outras coisas a serem ditas ou desenvolvidas depois. Nada acontece num vazio. Portanto, tudo na vida humana, incluindo a construção de conhecimento, é dinâmico, relacional e faz parte de um processo inacabável.

No entanto, talvez devido à organização fragmentária do trabalho em saúde ou à lógica biomédica hegemônica, não se verificou, nesse presente caso, a existência de práticas dialógicas entre usuárias e profissionais. E pior uma responsabilidade conjunta entre os profissionais na hora de diagnosticar e comunicar à mãe acerca do comprometimento neurológico do bebê.

As expressões das relações desiguais de poder

As relações estabelecidas entre as usuárias e profissionais do Programa Canguru foram mencionadas na maioria das entrevistas, ocupando lugar de destaque ao contextualizar o pré-natal, o momento do parto, o nascimento e durante sua estadia no programa. As técnicas e as auxiliares de enfermagem apresentaram uma proximidade maior com as mães, por serem responsáveis pelos cuidados gerais das mães e dos bebês. Portanto, mesmo quando as mães afirmavam a existência de um vínculo emocional com essas profissionais, por outro lado, também relataram seus sentimentos negativos em relação a algumas atitudes das auxiliares/técnicas de enfermagem:

> Têm umas (profissionais) que é uma bênção de Deus, mas têm outras que é uma cara feia, parece que não gosta da gente. Não sei, acho que isso é delas, entendeu? Eu acho que o problema não é da gente. Mas fazem na ignorância, podendo fazer com gosto pra ajudar as pessoas. Elas deviam trabalhar com amor. Ter orgulho do que faz (Mãe em grupo focal, 22 anos, 2º filho).

> Eu acho que é porque tem gente que trabalha com amor, gostam de trabalhar aqui. Mas tem gente que não gosta do que faz, faz com raiva, já vem trabalhar com aquela cara de estresse. Muitas vezes atendem mal a gente, na ignorância. Tinha uma menina aqui operada e precisava empurrar a cama dela e empurraram com toda ignorância. Então eu acho isso muito ruim, não era pra ela fazer isso. Se ela ta aqui era pra elas tratarem a gente de maneira direita, da mesma forma que a gente trata elas. Parece que elas não gostam de estar aqui (Mãe em grupo focal, 26 anos, 3º filho).

A posição submissa assumida pelas usuárias diante das atitudes da equipe, em certos momentos, retratava as relações desiguais de poder, evidenciando-se, por exemplo, no momento em que os profissionais da saúde escolhem o 'melhor' tratamento e as usuárias não têm o poder de reivindicar ou questionar:

> Têm umas pessoas que são um amor, tratam você bem. Que cuida bem do seu filho, você vê o jeito. Mas tem umas aqui que pegam no braço da criança e puxa com força o esparadrapo e tira sangue, porque às vezes eles tiram sangue, ave Maria. Mas a gente entrega a Deus, pode nem reclamar, porque se reclamar eu acho que fazem até pior. Eu fico me segurando, não reclamo. Na UTI ela (a bebê) teve um problema respiratório e botaram um aparelho no nariz, mas colocaram tão forte que ficou machucado. Aí hoje de manhã chegou outra funcionária e disse: 'ô mulher, machucaram o narizinho da bichinha, vou colocar um pouquinho de óleo pra não machucar'. Aí botou um pouquinho de óleo. Essa é um amor de pessoa. Botou bem direitinho, ajeitou. Aí ficou saindo, aí ela disse: 'ah, ta saindo.' Ai botou uma pecinha pra não ficar saindo. Pense. Um amor. Cuidadosa. Mas teve uma que eu disse a mesma coisa e ela só fez empurrar assim com a mão. Aí eu fiquei olhando pra ela. Se disser parece que ela faz pior, num vai nem olhar seu filho. Eu penso assim. Eu entrego muito a Deus, peço muito que Deus ilumine a vida dela (Mãe em grupo focal, 22 anos, 2º filho).

Ressalta-se que o sistema hegemônico biomédico em geral, ao desconsiderar as relações dialógicas e a subjetividade dos usuários, impõe à população assistida uma

posição de submissão. Esse tipo de prática controladora além de comprometer o sucesso do programa, toma o usuário apenas como objeto de intervenção impedindo sua participação de forma a surtir consequências para o destino de sua saúde (Véras & Traverso-Yépez, 2010).

> Tem um lá da UTI que eu não gosto. Porque ele foi tirar o esparadrapo. Esparadrapo quando ta no braço que puxa, puxa os cabelos né? Em gente grande dói. Aí o que ele fez? Puxou com tudo o esparadrapo, que eu vi os cabelos no esparadrapo. Aí eu disse: 'Ei, puxe devagar porque tá doendo'. Aí ele disse: 'isso é normal a criança chorar'. Aí eu disse: 'ai meu Deus'. Eu fiquei com uma raiva daquele homem. Aí no outro dia eu fui e ele tava lá, mas quando eu vi eu voltei pra trás, esperei ele terminar pra ir no bebê. Deus me livre!! (Mãe em grupo focal, 32 anos, 2º filho).

A deficiência do diálogo, caracterizada pela debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores contribui para a qualidade do cuidado prestado (Deslandes, 2004; Mota, Martins & Véras, 2006). Segundo Traverso-Yépez e Morais (2004), é necessário reconhecer e valorizar a dimensão subjetiva dos usuários/participantes, não apenas por uma questão técnico-assistencial, mas por uma questão ética, uma vez que somente por meio da reflexão consciente e compartilhada do problema é que se desenvolvem relações éticas, ou seja, quando se vê o "outro" como interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças.

3.7.2. O cotidiano do processo de trabalho em saúde

Os frequentes desencontros entre a proposta do Programa Canguru e a realidade institucional também estavam presentes em algumas construções discursivas, conversas informais e observações participantes. Nessa perspectiva, no intuito de refletir sobre a coerência entre a conceitualização acerca do processo de humanização baseado no documento oficial do programa e o grau de compromisso exercido nas suas práticas cotidianas, tornou-se imprescindível solicitar que os profissionais discutissem acerca de sua própria experiência no Programa Canguru. Serão enfatizados, dessa forma, as limitações estruturais do programa, seus posicionamentos e seus modos-de-fazer nos espaços coletivos de trabalho, suas posições críticas sobre o modelo assistencial e, por fim, seus anseios e propostas que se voltam para a humanização do trabalho em saúde.

As limitações estruturais do programa

No Programa Canguru na Maternidade Januário Cicco existem seis equipes de profissionais. Três atuam na UTI neonatal e três na enfermaria. As equipes que trabalham no turno do dia perfazem uma carga horária de 6 horas e as do turno da noite labutam em regime de plantão de 12 horas. Cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 3 técnicos de enfermagem e 2 ou 3 bolsistas e/ou voluntárias técnicos de enfermagem. Apenas a UTI neonatal dispõe de serviço de fisioterapia e terapia ocupacional.

Os médicos da UTI neonatal trabalham em regime de plantão e permanecem nesse setor durante todo o turno. Porém, na enfermaria, não acontece o mesmo, os

médicos apenas comparecem para as consultas individuais às mães e caso ocorra alguma emergência, o bebê é encaminhado à UTI.

Com relação às enfermeiras, todas permanecem no setor também durante todo seu turno de trabalho. A essas profissionais cabe a missão de administrar o serviço burocrático, relatando o plantão do dia, as altas e as novas internações. Seu papel é ainda o de realizar procedimentos próprios de sua profissão: estimular e avaliar o aleitamento materno, punção do acesso periférico nos bebês e/ou nas mães, introduzir sonda orogástrica, entre outros. Além disso, as enfermeiras organizam o trabalho das técnicas de enfermagem delegando os cuidados materno-infantis gerais.

Dessa forma, as técnicas em enfermagem se responsabilizam pelos cuidados gerais tais como: banho dos bebês, curativos, administração de dieta e medicamentos, acompanhamento do ganho de peso dos bebês e também o estímulo ao aleitamento materno.

No manual existe a recomendação de que a mãe e o bebê sejam atendidos por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e técnicos de enfermagem. *"Recomenda-se que toda equipe de saúde responsável pelo atendimento da mãe e filho conheça toda a extensão e importância do método e esteja adequadamente treinada, para que possa ser aplicado de maneira plena."* (Brasil, 2002, p. 21).

Todavia, embora seja recomendada pelo documento oficial do programa a existência de uma equipe multidisciplinar exclusiva para o Programa Canguru, profissionais como nutricionista, psicólogo, assistente social e fonoaudiólogo respondem a toda maternidade, sendo solicitados a se dirigirem ao programa apenas quando há necessidade.

O trabalho desses especialistas é de grande importância nesse ambiente na perspectiva da maioria dos profissionais. O documento oficial recomenda que:

> Sempre que possível, a equipe multiprofissional deve ser constituída por: médicos (neonatologistas e obstetras em cobertura de 24 horas e pediatras e oftalmologista), enfermeiras com cobertura de 24 horas, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos e nutricionistas (Brasil, 2002, p. 22).

Além disso, também existe a necessidade de treinamento da equipe multidisciplinar para atuar no Programa Canguru:

> Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento da mãe e do filho conheça toda a extensão e a importância do método e esteja adequadamente treinada, para que ele possa ser exercido de maneira plena. Enfatiza-se, portanto, a necessidade da mudança de comportamento e da filosofia profissional para que a implantação dessa atenção humanizada não sofra solução de continuidade em nenhuma de suas etapas (Brasil, 2002, p. 21).

Entretanto, o que é recomendado pelo documento não se faz presente no cotidiano da maternidade estudada. A falta de uma equipe multidisciplinar continua sendo perpetuada desde a implantação do Programa Canguru. Ou seja, existe uma desconexão entre a realidade institucional dessa determinada maternidade e o que preconiza as normas de atenção do programa: *"Aqui no manual se fala em equipe*

multidisciplinar e na verdade eu e X (assistente social) que estamos remendando aqui. A gente que faz o papel de toda essa equipe." (Enfermeira em grupo focal).

O relato da técnica de enfermagem também enfatiza a necessidade do acompanhamento psicológico diário no programa:

> O psicólogo vem aqui uma vez por semana, mas é muito pouco. Tem que ter um psicólogo disponível só para aqui. É difícil você fazer algo que você não acredita ou não aceita. No caso dessas mães, se elas não conhecem o método, elas não vão fazer. Elas têm que conhecer o programa (Técnica de enfermagem em entrevista individual).

Esses objetos discursivos enfatizam, dessa forma, a falta de recursos físicos e humanos nesse ambiente, o que resulta na descrença e falta de motivação em mudar o cenário vigente por parte dos profissionais. Essas dificuldades interferem no cotidiano dos profissionais, não atendendo às necessidades tanto dos usuários quanto dos profissionais, nem correspondendo aos ideais evidenciados nos documentos oficiais no que tange aos recursos físicos e funcionais do programa.

O compromisso profissional e assistência humanizada

A relação do paciente com a equipe de saúde tem grande influência na evolução do tratamento e na satisfação do usuário. A noção de trabalho em equipe está associada à interação entre os atores sociais, integralidade da atenção à saúde, co-responsabilidade e planejamento compartilhado a partir do diálogo entre os trabalhadores integrantes do

grupo (Crevelim, 2005). Assim, a falta de integração e comunicação entre os pares muitas vezes pode interferir no grau de envolvimento e compromisso do funcionário para com o paciente. Apesar de alguns trabalhadores estarem empenhados em realizar ações que promovam o bem-estar dos usuários, os discursos denunciam campos conflituosos nas relações entre funcionários:

> Eu fui atrás dela (terapeuta ocupacional) pra trazer novas ideias, novas sugestões pra me ajudar aqui, mas o mundo dela é só aquele, ela não tem uma visão ampla. Aí eu pensei, não é possível que ela não ajude. Então eu fui trabalhar sozinha, fiz uma apresentação com essas mães sobre o trabalho delas, elas fizeram pintura, colagem e trabalhos manuais (Técnica de enfermagem em grupo focal).

Igualmente, o nível de envolvimento e compromisso dos diretores com o serviço também pode servir como uma poderosa influência para os demais trabalhadores (Boaretto, 2004; Crevelim, 2005), por demonstrar se a gestão é organizada a partir das necessidades da instituição ou do setor político hegemônico. Nesse caso, uma assistente social demonstra-se insatisfeita com a pouca falta de interesse por parte da diretoria e de seus colegas:

> Fui na Secretaria de Saúde pra oferecerem um curso de artesanato pra essas mães, mas foi negado porque essas mães tinham que assistir 2 horas de aula e não podiam ficar sem fazer o canguru. Só se ficassem com o bebê no colo. E aí a gente começou a fazer alguma coisa assim mesmo. Depois que as pacientes saíam daqui, começavam a ganhar dinheiro com o que aprendiam aqui. Conheço 4 pacientes que estão trabalhando com isso. Só que na época teve um certo apoio

> da direção mas depois não teve mais. E um certo dia eu desisti de tudo porque eu cheguei aqui com 900 bolas de fuxico que eu ficava toda noite na televisão cortando as bolas e no outro dia não tinha mais nenhuma. Todo mundo tem seu limite, o meu chegou aí. Eu continuo ajudando, mas não é mais com trabalho manual. Falta é boa vontade de pessoas que estão muito envolvidas com outras coisas e não tem tempo pra olhar pra isso aqui. É muito difícil trabalhar aqui porque existe falta de pessoas com vontade. Muita gente quer só aparecer e não faz nada. Eu vivia fazendo palestras aqui e parei porque não recebo nenhum apoio da direção (Assistente social 2 em grupo focal).

Verifica-se assim que, apesar de muitas barreiras e dificuldades encontradas, alguns profissionais modelam seu modo de agir baseando-se principalmente nos seus valores e na experiência de vida de cada um, indo além dos conceitos do manual e cursos que participaram:

> X (técnica em enfermagem) quando chegou aqui foi pra fazer a parte do aleitamento. Ela não veio trabalhar no canguru não. Mas só que ela viu a realidade tão crítica que arregaçou as mangas pra se envolver nesse projeto. E ela ta aprendendo alguma coisa, ela pergunta a mim, sempre ta aprendendo, me pediu o manual emprestado. Ela tem boa vontade, vai atrás de artigo. Mas ela não veio determinada pra isso não. Nem recebeu treinamento. Fez por interesse próprio (Enfermeira em grupo focal).

Destaca-se a necessidade da equipe saber lidar com as emoções, adquirindo sensibilidade e capacidade de escuta, incorporando a dimensão subjetiva e social do

paciente (Boaretto, 2004). A partir do sentimento de empatia, o funcionário se apodera da percepção do paciente sobre a sua situação, ajudando-o a reduzir medos e ansiedades, oferecendo um suporte emocional necessário. Desse modo, alguns profissionais reconhecem a importância de seu trabalho na vida das usuárias:

> Quando eu fiquei no aleitamento materno eu tive uma visão melhor da maternidade, pois eu tinha que atender toda maternidade, todas as mães, inclusive as do canguru. E aí a gente via o outro lado do paciente, o lado social, emocional e não só daqui de dentro da maternidade. É preciso ter uma visão voltada pro social. E o técnico de enfermagem é fundamental aqui porque ele ta em contato direto com o paciente e ele que estabelece a relação com o outro, que se comunica e ele é quem mais precisa ter essa visão diferenciada. Eu percebi que depois que eu vim para cá os bebês estão indo para casa mais cedo, as mães estão amamentando mais (Técnica de enfermagem em entrevista individual).

Esses tipos de depoimentos dos profissionais apontam uma visão mais compromissada dos serviços que prestam e essa consciência leva-os a buscarem melhorar a sua prática no seu cotidiano institucional:

> Eu estou aqui há pouco tempo, minha área era no banco de leite, mas de qualquer forma eu não deixava de estar envolvida porque não fazemos uma parte isolada, a ideia é de um todo. No momento que eu trabalho com o aleitamento materno, o bebê prematuro também faz parte dela e o meu trabalho é extensivo a esse programa. Eu tenho que contribuir para a recuperação desse bebê. Uma

> ideia é a educação da mãe. Temos que começar a trabalhar numa visão integrada da mãe (Técnica de enfermagem em entrevista individual).

Percebe-se, em discursos como esse, o interesse e o compromisso dessa profissional em considerar as condições socioeconômicas das usuárias, assim como a importância do seu papel, como uma expressão da humanização da sua prática de saúde através de uma visão integrada das usuárias. Por outro lado, também foi percebido a existência de outros profissionais que expressam sua forma de trabalhar por intermédio da reprodução do discurso politicamente correto, suprimindo a reflexão crítica sobre a importância do seu papel enquanto agente de saúde:

> Eu entendo a humanização assim em outro sentido, desde que a pessoa chega aqui, porque a gente gosta de ser bem atendido né? Tanto na saúde, como social, qualquer que seja a área, todo mundo gosta de ser bem atendido. Então é por aí, é você dar um bom acolhimento em qualquer lugar que você chega. E aqui a gente tenta fazer isso, porque infelizmente a estrutura física da maternidade ainda está sobrecarregada e a humanização deve ter a questão do acolhimento. Porque você pode estar sentado aqui nessa cadeira e chega alguém e explica: olhe, você tá sentado aqui por estar passando por um transtorno, tem que dar uma explicação, uma satisfação e promete que vai dar uma solução a você é diferente de jogar você em qualquer canto e não dar nenhum apoio. Acho que a humanização passa por aí, é você dar uma satisfação ao cliente, dar um apoio e mostrar que está interessado no bem-estar dela (Assistente social 1 em entrevista individual).

Diante disso, podemos perceber que existem profissionais comprometidos com seu trabalho, mas há também aqueles que apenas reproduzem o discurso politicamente correto presente nos documentos oficiais. No cotidiano, continuam com práticas que não favorecem o desenvolvimento do Programa Canguru, tornando-o motivador e atrativo para as mães mudarem suas atitudes. De acordo com Franco e Merhy (2004), o modo de cuidar das pessoas está ligado à concepção que cada um tem de trabalho e ao surgimento de uma dinâmica de intersubjetividade entre o trabalhador e o usuário. Evidentemente, o caráter adotado pelos profissionais na sua prática cotidiana será determinado pelas diferentes formas de assumirem o compromisso com o trabalho que desenvolvem.

Propostas de mudanças do sistema atual

Autores evidenciam que, embora os profissionais da saúde não tenham o poder de influenciar e modificar as relações de poder existentes nas instituições de saúde pública, o seu trabalho cotidiano tem um papel fundamental na reprodução e/ou possível modificação na estrutura do Sistema de Saúde (Laverack, 2005; Traverso-Yépez; Morais; Cela, 2009). Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novas formas de ação. Dessa forma, alguns entrevistados deixaram entrever em suas falas seu sentimento de corresponsabilidade pelas usuárias e pelo desenvolvimento do Programa Canguru:

> A sugestão que eu dei (para melhorar o Programa Canguru) foi começando com o aleitamento materno. Porque isso é integral, holístico, é uma visão do todo. Eu

> chamei a enfermeira da UTI e disse pra gente fazer alguma coisa porque isso é uma ação em conjunto. Temos que detectar o entrave, o que acontece que não tá funcionando, pra criar sugestões de melhorar. Tem uma mãe que o bebê tá na UTI e eu já to preparando ela porque sei que ela tem início de depressão. Não tá motivada, então eu já to mostrando a ela as outras mães que estão fazendo (o canguru) e tá dando certo (Técnica de enfermagem em entrevista individual).

O manual do curso de treinamento dos profissionais que atuam no Programa Canguru focaliza principalmente o desenvolvimento satisfatório do bebê. À mãe é designado o papel de cuidadora principal, cabendo a ela apenas a função de "incubadora humana" (Veras & Traverso-Yépez, 2010). Entretanto, os discursos de algumas profissionais indicaram uma visão contrária à do manual, apoiando-se numa percepção integral das usuárias, abandonando a perspectiva unilateral de utilizar a mãe apenas como instrumento de tratamento do bebê:

> Eu acho que se cada um fizesse sua parte ia ser tudo diferente. Temos que ter uma visão voltada para humanização na saúde pra estimular uma visão integral do outro. Tem que olhar no olho, tocar a pele, o corpo se expressa também, e isso é uma visão avançada. O toque é importante, o manejo da mãe, a sensibilidade. Temos que sair da teoria e cair na prática. É sair daquela visão pequena de melhorar o bebe a partir da mãe. É uma visão que ta arraigada, mas tem como mudar. A gente fica triste com isso. Eu não sei quanto tempo eu vou aguentar essa tarefa porque ela é muito árdua (Técnica de enfermagem em grupo focal).

A ênfase nos cuidados com o bebê dada por parte dos profissionais pode ser desgastante para as mães e até gerador de ansiedade:

> É marcante a preocupação das mães nesse programa pelo peso dos seus bebês, elas chegam a decorar o peso cada vez que eles são pesados. Essa atitude é reforçada principalmente pelo posicionamento dos profissionais, que utilizam o peso como uma medida para avaliar a possibilidade de alta do bebê (Diário de Campo, 28/11/2006).

Nesse contexto, geralmente as mães sentem-se como instrumentos de tratamento do seu bebê, ausentando-se de um posicionamento ativo, o que coincide com os resultados das pesquisas de Furlan, Scochi e Furtado (2003). É fundamental que a mãe perceba-se a partir de seu papel ativo nos cuidados com o bebê de forma integral, considerando-se os aspectos biopsicossociais. O profissional possui um importante papel no estímulo à participação das mães no momento que resgata, além da integralidade na atenção à saúde materno-infantil, a sua própria integridade como sujeito de um trabalho que lida com questões humanas delicadas e sensíveis. Entretanto, o último depoimento demonstrou como a profissional considera árdua essa tarefa, para a qual, muitas vezes, ela se sentiu a única a tomar a si a responsabilidade para com as usuárias. Por outro lado, encontramos o outro extremo: outro discurso de uma profissional que culpabiliza a estrutura física como responsável pelo insucesso do programa, isentando-se da responsabilidade sobre o programa:

> A proposta seria ter uma estrutura como o IMIP (risadas). Até o Santa Catarina (outra maternidade do SUS que possui o Programa canguru) tem estrutura,

> quando eles fizeram lá foi tudo pensado, aqui não. E infelizmente, a gente sabe que é impossível fazer isso. A maternidade precisa de reparos muito mais urgentes, como a sala de cirurgia, material que tava realmente precisando. Mas eu espero que no futuro alguém olhe para o canguru com outra visão. Que veja que tem a necessidade de ter uma estrutura melhor (Assistente social 1 em entrevista individual).

É notório que a questão estrutural e os recursos mínimos existentes e necessários para o trabalho tendem a gerar insatisfações por parte de alguns funcionários. Isso pode favorecer sentimentos de impotência e podem delinear práticas pouco comprometidas com a saúde dos grupos, pela crença na impossibilidade de mudanças a partir dos contextos locais (Véras, Morais & Traverso-Yépez, no prelo). Entretanto, as estratégias de mudança consolidam-se no esforço coletivo, a partir da compreensão do mundo do trabalho e como este pode tornar-se tanto um espaço de criação e de promoção de saúde (autonomia, protagonismo). Por meio do seu trabalho, cada trabalhador tem a oportunidade de tornar-se um multiplicador. Do seu próprio jeito, ele pode apropriar-se criticamente dos conceitos e saberes, fazer sua análise sobre sua realidade de trabalho e apresentar suas descobertas e propostas nos espaços institucionais, tomando para si a responsabilidade do sucesso do programa (Brasil, 2009).

3.7.3. Perspectivas acerca das usuárias do Programa Canguru

O posicionamento do profissional através de seus discursos revela, na sua estrutura de valores e no uso que faz de determinado repertório, tanto um conjunto conceitual/interpretativo quanto uma visão sobre o usuário (Davies & Harre, 1990). Da mesma forma, os enunciados não apenas descrevem as diferentes realidades dos atores sociais envolvidos, mas contribuem para moldá-las. Veiculam o conteúdo proposicional e a indicação do ato que desejam efetuar. Portanto, ao falarem a respeito dos usuários, os profissionais também evidenciam o tipo de relação que estabelecem com eles (Traverso-Yépez, Morais & Cela, 2009).

A proposta de humanização do Ministério da Saúde busca superar o tradicional enfoque biomédico hegemônico na assistência materno-infantil. As usuárias são consideradas, junto com os profissionais da saúde, como sujeitos de um processo de reflexão que almeja conscientização e transformação diante de situações de opressão que, entre outras questões, afetam diretamente a saúde (Giffin, 1995).

No entanto, os discursos e posicionamentos dos profissionais apontaram para a caracterização das usuárias, em sua maioria, a partir de suas limitações socioeconômicas e culturais e da falta de apoio familiar e social.

O fator socioeconômico e cultural

Os profissionais entrevistados reconheceram, consensualmente, que grande parte das usuárias atendidas na maternidade encontra-se em situação social, econômica e cultural menos favorecida:

> Uma mãe que teve aqui com trigêmeos, foi a assistente social X quem mediou essa situação. A realidade dessa mãe era cruel. O pai era catador de lixo e a mãe era do lar. Essa mãe não tinha nenhum documento, só tinha certidão de nascimento. E o marido nem certidão de nascimento tinha (Técnica de enfermagem em grupo focal).

> Tem umas mães que não têm nada em casa, ficam felizes porque aqui tem comida, roupa (Assistente social 2 em grupo focal).

Evidentemente, verificou-se nos discursos dos profissionais que existe uma tendência em enfatizar o fator cultural, socioeconômico e educacional das mães como justificativa para a falta de sucesso do Programa Canguru, o qual não segue uma rotina uniforme no serviço de atendimento. No Diário de Campo, foi registrado o comentário de uma técnica de enfermagem, que assim se expressou:

> Dessas 18 mães eu posso ver só duas que fazem (a posição canguru) e você vê que isso é uma barreira educacional. Elas não aceitam. Isso porque elas não concebem a ideia de fazer o canguru. Isso é um problema cultural. As mães que tem outra visão diferenciada adotam o método. Uma que aceitou bem foi uma pedagoga. O problema financeiro e educacional influencia direto na recuperação do bebê (Técnica de enfermagem em entrevista individual).

Igualmente, essas diferenças socioeconômicas e culturais muitas vezes determinam o real tipo de relação estabelecida entre profissional e usuária, comprometendo a eficácia do tratamento:

> Aqui eu vejo dois extremos. Eu vejo aquela mãe que escuta, eu estou sempre orientando, informando, eu sempre pergunto se tem dúvida. Aí eu vejo essa mãe que volta com o bebê maravilhoso. Mas tem o outro lado, você trabalha tudo isso com a mãe e quando ela retorna você vê que tudo que você fez não adiantou de nada. Porque semana passada quando X (usuária) chegou aqui eu disse: esse bebê não pegou peso. Aí eu pedi pra pesarem esse bebê, quando eu olhei, essa mãe tinha uma semana que tinha saído daqui e o bebê perdeu 30 gramas. Perdeu 30 gramas o menino. Aí ela pediu um leitinho pro menino. Eu pedi a menina pra fazer um leite extra do banco de leite. Ela já estava usando xuquinha. Eu vi que a xuquinha tava suja, imunda. Eu vi que aquilo que ela tava dando nem era leite artificial de fórmula não. Eu acho que era leite de saquinho do governo que ela recebe. Aí você vê dois extremos né? (Enfermeira em grupo focal).

Reconhece-se que os usuários do Sistema Único de Saúde são em sua maioria de classes sociais menos favorecidas. Aliado a isso, verifica-se que o modelo biomédico – da atenção clínica individual, curativa e tecnicista – muitas vezes pauta o cotidiano dos serviços e a conduta dos profissionais (Vasconcelos, 1999).

Por outro lado, constata-se que esses profissionais não são indiferentes às necessidades sociais, econômicas e culturais das usuárias. Seus discursos, na maioria das vezes, além de culpar as condições socioeconômicas das mães pelo insucesso do

programa, também ilustram a iniciativa por parte de alguns profissionais em educar as usuárias:

> São muitas mães pra poucas pessoas tentarem educar, falar. Isso envolve muita coisa, desde a higiene, até a concepção de maternidade pra essas mães. Eu não consigo dar conta de tudo. A gente tem que conseguir trabalhar de forma a atingir todo mundo, de todas as classes sociais (Técnica de enfermagem em grupo focal).

> A gente fala, fala com as mães, mas cansa. Ontem um bebê teve uma apneia, e eu disse: X, você ta toda errada. Ela tinha superaquecido o bebê, que estava com roupinha normal, e eu disse que pode ser uma infecção, porque você está toda errada, fazendo canguru com roupa normal e super aquecendo o bebê. Ta lavando as mãos? Ontem eu cheguei na cama dela e tinha uma visita sentada lá. Aí o bebê fez uma apneia. Colhi exames e era anemia, mas isso não significa que ele não vá infectar. Aí hoje ela tava de batinha, toda arrumada, fazendo o canguru. Mas quando o bebê ganha peso elas fazem tudo de novo. As adolescentes também dão trabalho demais (Médica em entrevista individual).

É certo que existem inúmeros fatores de risco para a população em desvantagem socioeconômica que podem influenciar a qualidade da sua saúde (Green & Labonté, 2008). Essas péssimas condições de vida se refletem também nas limitadas possibilidades de sucesso da tradicional educação em saúde evidente nos depoimentos dos profissionais. Sendo assim, ainda que existam profissionais interessados em contribuir para educação das usuárias, verifica-se em geral que a falta de uma integração

maior entre instituição e profissionais e mesmo entre profissionais tende a produzir um trabalho descompromissado, especialmente se é dirigido à população na base da pirâmide social (Traverso-Yépez, Bernardino & Gomes, 2007).

Por outro lado, o fato de os profissionais apontarem a pobreza e suas derivações como o aspecto preponderante na forma como as mulheres aderem ou não ao programa já revela o quanto a discussão sobre a maternidade, família e amor materno é adjacente à discussão sobre pobreza e destituição num contexto macroestrutural de exploração. Dessa forma, compreende-se que, embora os manuais enfatizem os aspectos biológicos e psicológicos em detrimento dos sociais e econômicos, estes irão servir de suporte para modelar o cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde.

A falta de apoio social e familiar

Como enfatizado anteriormente, a grande maioria das mães é proveniente do interior do Estado do Rio Grande do Norte. Por esse motivo, passam a residir na maternidade por dias ou muitas vezes até meses. Essa situação quase sempre as impede de manter contato frequente com os familiares, visto que muitos não possuem recursos financeiros para se deslocarem para outra cidade:

> A maior queixa delas é a falta da família, pois elas ficam às vezes 1 ou 2 meses sem receber visitas. Elas têm saudade de casa, e por mais que as pessoas venham visitar, não é a mesma coisa (Estagiária de psicologia em entrevista individual).

Igualmente, os depoimentos da enfermeira e da médica retratam a situação de abandono dessas mães, enfatizando ainda a desconexão entre as condições citadas no documento oficial do programa e a realidade cotidiana nessa maternidade:

> Esse manual do Programa Canguru traz uma visão que pai, mãe, avós estão todos ao redor da paciente e quando a gente chega aqui se depara com outra realidade. A maioria delas fica jogada aqui, sem assistência da família, o pai não existe. A clientela maior que temos aqui é adolescente e é a que mais apresenta problemas (Enfermeira em grupo focal).

> A realidade do manual não existe. Olhe, eu já peguei pais aqui de todo tipo, pai dedicado, pai que fazia canguru, pai que chega aqui na hora da visita e descontenta a mãe, ele chega aqui e diz: 'você já está aqui há dois meses, se não voltar pra casa eu vou arrumar outra'. Ele tortura a mãe. E a gente proibiu a entrada do pai, ele estava interferindo no desenvolvimento do bebê. A realidade é completamente diferente (Médica em entrevista individual).

Nesse âmbito, Vasconcelos (1999) aponta a necessidade de solicitar a atenção do Governo para a existência de algumas famílias de classe popular que vivem em situações especiais de risco, tornando-as incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros e, por isso, necessitam atenção diferenciada do Estado para garantir os direitos de cidadania das crianças. Alguns profissionais ilustram a situação de algumas mães que, por não receberem apoio da família e/ou do Governo, pedem para voltar para casa, deixando o bebê prematuro aos cuidados da equipe da maternidade.

Assim, esses problemas sociais são vistos pelos profissionais como empecilhos para a permanência da mãe no programa e para sua eficaz participação:

> Teve uma mãe aqui que tava aqui no canguru e deixou dois filhos com a vizinha porque não tinha parente, e já tava mais de um mês aqui e a vizinha ligou e disse que ia botar os meninos na rua porque não tinha o que dar de comer a eles. A vizinha pensou que a mulher ia passar um ou dois dias aqui. É muito problema social aqui (Terapeuta ocupacional em entrevista individual).

Há inúmeros aspectos sociais da vida dos menos favorecidos que influenciam as condições de saúde da população brasileira em geral e que passaram a ser objetos de programas e ações sociais do Governo. O Programa Bolsa Família, por exemplo, criado em 2003 pelo Governo Federal, alcançou em 2006 uma cobertura de 11,2 milhões de famílias. Esse programa visa, entre outros aspectos, combater a fome e estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza (CNDSS, 2008).

Entretanto, intervenções deste tipo não costumam ser categorizadas e percebidas pela população como sendo determinantes para as condições de saúde em geral. Dessa forma, programas e políticas sociais que embora frequentemente tenham alguma abrangência intersetorial, apresentam efetividade limitada, não conseguindo atuar adequadamente sobre os mecanismos determinantes das iniquidades em saúde (CNDSS, 2008). No caso da mãe acima referida, em conversa informal, a terapeuta ocupacional afirmou que a mesma recebia o benefício social, o qual era destinado à alimentação, situação que ocorre com 48,7% dos beneficiários deste programa. Todavia, como a oferta de creches de qualidade em sua região é escassa, restou à genitora deixar seus

outros filhos na casa da vizinha, que por sua vez também não tinha recursos financeiros suficientes para manter, além de seus próprios filhos, os de sua vizinha.

Diante disso, constata-se que não existe uma articulação efetiva e pró-ativa de ações de saúde, educação e de serviços comuns dirigidos aos beneficiários de renda. O Governo disponibiliza verba financeira para suprir a fome da maior parcela da sociedade brasileira, entretanto, serviços básicos de transporte, educação e saúde não se encontram integrados ao Programa Bolsa Família. Torna-se indispensável, dessa forma, repensar os programas sociais existentes de modo que passem a promover ações articulando as necessidades da sociedade em uma agenda comum de forma integral a fim de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (CNDSS, 2008).

3.8. COM AS USUÁRIAS DO PROGRAMA CANGURU

Conforme se pode visualizar no quadro a seguir, foram entrevistadas individualmente 11 mães, cujas idades variaram entre 21 e 32 anos e escolaridade entre o analfabetismo e nível superior. O número de filhos variou entre 1 e 11 e apenas duas mães planejaram a gravidez. Apesar de nove mães terem feito pelo menos uma consulta pré-natal, apenas quatro delas realizaram o número mínimo de consultas de pré-natal recomendado pela Organização Mundial de Saúde (7 consultas).

Tabela 5: Caracterização das usuárias do Programa Canguru

Mães	**Idade**	***E*scolaridade**	**Número de filhos**	**Pré-Natal**
1	23	Ensino fundamental	2	sim
2	32	Ensino superior	2	não
3	23	Ensino fundamental	3	não
4	25	Ensino médio	2	sim
5	31	Ensino fundamental	4	sim
6	22	Ensino médio	1	não
7	21	Analfabeta	3	não
8	26	Ensino médio	2	sim
9	22	Ensino médio incompleto	1	não
10	28	Analfabeta	11	não
11	25	Ensino fundamental	2	não

Das mães entrevistadas, três eram solteiras, duas estavam casadas e seis afirmaram ter relacionamento estável. Das sete mães que tinham mais de um filho, apenas uma mãe afirmou que todos os filhos são do mesmo pai. Quatro mães afirmaram que, pelo menos, um dos seus filhos é criado pelas avós, e, apenas duas mães residem com o conjugue e filhos, as demais dividem a moradia com os pais, irmãos e/ou sogros.

Além dessas entrevistas, foram realizados seis grupos focais com uma média de seis mães em cada grupo, proporcionando, assim, um ambiente mais natural que a entrevista individual, uma vez que facilita a exposição de ideias, confrontos e argumentações.

Com o intuito de compreender e analisar o dia a dia das mães, são apresentados nesse capítulo os discursos dessas usuárias do Programa Canguru agrupados e selecionados através de construções discursivas. Assim, os temas mais frequentes observados nos discursos emergidos a partir dos grupos focais e das entrevistas individuais foram:

Tabela 6: Construções discursivas das usuárias do programa

3.8.1. O impacto do nascimento prematuro e o amor materno
3.8.2. Significando a participação no Programa Canguru
3.8.3. A saudade de casa e a distância da família
3.8.4. O suporte emocional através da fé e da religião

3.8.1. O impacto do nascimento prematuro e o amor materno

Geralmente, o nascimento de um bebê é um evento vivido com expectativas para a mãe e/ou a família. No entanto, se a criança nasce prematuramente, ou com baixo peso, necessitando de cuidados médicos especiais e mesmo de internação, o seu nascimento pode ser experenciado de forma angustiante por parte da mãe e de familiares, como destacou uma mãe de 22 anos em um grupo focal, primeiro filho: *"Você tá grávida e não tá preparada pra ter prematuro e, de repente, você fica ansiosa por ser tudo novo, tudo rápido demais, é difícil se acostumar"*.

Ademais, devido à imaturidade e baixo peso, a aparência do recém-nascido prematuro é um pouco diferente da dos bebês a termo. São, via de regra, menores e mais magros, possuem a pele engelhada e avermelhada devido à falta de gordura existente entre a pele e os canais de sangue que irrigam o organismo. Sua cabeça é maior e o seu formato é mais longo e estreito. Dessa forma, sua aparência, por si só, torna as crianças prematuras menos atraentes aos olhos dos adultos, podendo influenciar a percepção que estes terão, assim como também podem determinar seu comportamento em relação aos bebês (Stern & Hildebrant, 1984).

Igualmente, o sentimento de medo e insegurança que as mães demonstram ao se depararem com a situação do seu filho geralmente surge a partir do pavor diante do desconhecido e da morte, do futuro incerto e da possibilidade de não retornar para sua casa com a criança tão esperada:

> Eu imaginava que ele tava muito mal mesmo, eu imaginava que UTI era pra quem estava muito mal mesmo. E eu acho que é né? Aí quando eu vi ele eu chorei de ver ele assim. Ele tava com uma coisinha no nariz e aquela coisinha

> tão pequenininha, tão magrinha, isso aqui dele (aponta para o tórax) dava pra ver as costelas, aí eu fiquei logo chorando, fiquei com pena. Sei lá, fiquei sentindo uma coisa ruim. Fiquei pensando até de não criar ele, mas Deus é grande e Graças a Deus ele nasceu com 850 gramas e já ta pesando 1.080gramas (Mãe em entrevista individual, 22 anos, 1º filho).

Por outro lado, considerando-se o risco de morte do bebê, não é de se espantar o fato de a mãe negar o contato com o filho, criando empecilhos para visitá-lo, muitas vezes rejeitando-o. A maioria delas discutiu sobre o medo da morte do seu bebê prematuro, o que definiu seu interesse em desenvolver o contato precoce imediato:

> Disseram que ela podia não sobreviver que ela era muito prematura, aí eu tinha medo de ver e depois ficar impressionada se ela morresse. Eu olhei assim bem rápido. Não olhei muito não. Aí trouxeram ela pra cá (UTI). E eu fiquei lá embaixo (na sala de risco). Aí depois que terminou a curetagem foi que me subiram pra cá. Aí eu fiquei aqui na enfermaria, não vi logo ela não. Eu só fui ver à noite. Aí quando eu cheguei lá eu fiquei triste porque ela era muito pequenininha, quase toda pretinha e a fralda cobria ela e a veia era no umbigo. Fiquei com pena dela, do sofrimento dela (Mãe em entrevista individual, 25 anos, 2ª filha).

> Eu tive gêmeos, depois do parto eu ouvi o médico dizendo: seus filhos nasceram com problema respiratório viu? Aí no outro dia que eu fui pra UTI e vi eles com um negócio enrolado na cabeça e eu pensei que eles iam morrer e passei 2 dias sem ir lá com medo deles morrerem. Aí o meu marido ia duas vezes por dia

> olhar eles na UTI, mas eu só comecei a ir depois porque eu chorava pensando que eles iam morrer. Com 3 dias eles saíram do oxigénio. Ai depois que eles saíram do oxigénio que eu vi que eles não iam morrer, eu ia direto, toda hora (Mãe em entrevista individual, 31 anos, 3º e 4º filhos - gêmeos).

Assim, percebe-se que muitas vezes o medo da morte pode desenvolver na mãe uma rejeição como uma forma de proteção contra o seu próprio sofrimento. Estas observações coincidem com os estudos de Badinter (1985), quando relaciona a banalização da morte do bebê com a alta taxa de mortalidade vigente. O infanticídio e o aborto eram práticas corriqueiras no século XIX, fazendo parte de um contínuo de práticas de controle de natalidade (Badinter, 1985, Rohden, 2003). Dessa forma, somando-se ao fato de muitas crianças morrerem ao nascer nesta época, investir tempo e emoção nessas crianças não era nada prático.

Na maternidade estudada, algumas mães (residentes da cidade Natal e/ou quando o bebê encontrava-se em estado grave na UTI), após o consentimento médico e do serviço social, eram liberadas para voltarem para casa por uns dias, retornando à maternidade quando solicitadas. Algumas mães ofereceram explicações interessantes sobre esse momento de retorno à residência:

> Eu fui embora para casa porque eu ‘via ela’ antes assim, muito minúscula, eu tinha certeza que ela não ia sobreviver. Aí fui pra casa e meu medo era de receber uma notícia de que algo ia acontecer. Mas aí quando eu cheguei de volta aqui na UTI que eu vi a bebê fiquei transformada. Ela tava maior, mais gorda, ela mexia muito sabe? Como se fosse brincando com as perninhas. Aí me deu

> uma alegria. Meu marido foi embora com meu filho e eu nem chorei (Mãe em entrevista individual, 32 anos, 2ª filha).

No caso dessa mãe, percebe-se que após a constatação do fim do risco de vida do filho ela iniciou a preocupação em desenvolver o contato com ele. O contato prolongado através dos cuidados que o bebê precisa é importante para o desenvolvimento do apego entre mãe e bebê (Klaus & Kennel, 1992, 2000). Para estes estudiosos, existe um 'período sensível materno' que se inicia logo após o nascimento favorecendo a formação do amor materno. Todavia, Badinter (1985), que também analisou o significado do amor materno, constata que é a partir do interesse ou desejo da mãe que esse sentimento surge. Assim, se não há o convívio entre mãe e filho, provavelmente o amor não surgirá (Kitzinger, 1987, Rohden, 2003).

Partindo desse pressuposto, o alojamento conjunto favorece a ligação afetiva que implicará uma possível redução do nível de abandono e maus tratos nessas crianças. Nessa condição, a mãe deverá permanecer vinte e quatro horas por dia ao lado do seu bebê assumindo todas, ou quase todas, as tarefas relativas aos cuidados de seus filhos de tal modo que o relacionamento entre ambos se torne estreito. Essa função de cuidadora foi observada nos relatos de algumas mães, que admitiam estarem aos poucos aprendendo como cuidar do seu bebê prematuro:

> Agora eu to aprendendo a cuidar dele, é uma responsabilidade minha. Antes eu ia lá (na UTI) só pegar nele, mas agora aqui é direto né? Aí é diferente porque aqui a gente tem que aprender. Quando ele tava lá eu pedia as meninas pra me ensinarem muitas coisas. Assim, a fazer fralda, uma delas foi dar banho e

> perguntou se eu queria dar banho; eu quis, mas ainda não sei bem porque tenho medo dele cair (Mãe em entrevista individual, 22 anos, 1º filho).

Considerando-se que o Programa Canguru enfatiza também os cuidados maternos como uma estratégia de intervenção para favorecer a formação do vínculo afetivo, o ato de cuidar encontra-se, dessa forma, atrelado aos conceitos sobre amor materno. Para algumas mães, os conceitos de ser mãe e cuidado estão intimamente relacionados:

> Ser mãe é um momento feliz. Acho que é cuidar, dar conforto. Tratar bem, ter amor (Mãe em entrevista individual, 25 anos, 2º filho).

> É um orgulho grande ser mãe, quando ele anda ou faz alguma coisa. É o seu filho, mesmo que ele não preste ele é o seu filho, tem que cuidar e dar apoio a ele (Mãe em grupo focal, 28 anos, 4º filho).

> Mas pra mim, ser mãe é ter o nosso filho, é amamentar, é cuidar, educar. Eu acho que ser mãe é isso, não só mimar também. Porque criança muito mimada às vezes chega a errar (Mãe em entrevista individual, 22 anos, 1º filho).

Percebe-se que a imagem da mãe idealizada e devotada, assim como amor materno numa perspectiva inata, são temas recorrentes nos discursos das mães. A dedicação, a renúncia e o cuidado fazem parte do papel materno na criação dos filhos. Essa visão vem sendo incutida nas mães, tanto através de programas de saúde e sociais

no Brasil como por meio dos estudiosos do desenvolvimento infantil (Bowlby, 1995, Klaus & Kennel, 2000, Winnicott, 2001).

Desse modo, a partir da visão da renúncia total da mãe em favor da criação do filho, o papel da mulher passa a ser atrelado exclusivamente ao cuidado com a família e, especialmente, com os filhos. Essa afirmação baseia-se na crença de que a mulher, por ser quem gera os filhos, desenvolve um amor inato por suas crias, sendo esta a pessoa mais capacitada para criá-los (Ariès, 1981; Badinter, 1985, 2005; Kitzinger, 1987; Scavone, 2004). Persiste-se então na concepção de que as mães devem ficar em casa, e que o bem-estar dos filhos exige sua dedicação absoluta e inabalável à tarefa de ser mãe. Alguns relatos das mães retratam essa perspectiva:

> Ser mãe é renunciar muita coisa. Antes eu era independente, trabalhava. E agora eu tenho que cuidar dela, não trabalho mais. É muito bom, mas tem que renunciar muita coisa. A pessoa só vai saber o que é ser mãe quando tiver o seu (Mãe em grupo focal, 23 anos, 1º filho).

> Ser mãe pra mim é pensar no filho. Em primeiro lugar ele e depois eu. Eu tenho que parar de viver como eu vivia (mãe usuária de crack), tenho que pensar primeiro nele. Minha vida mudou e vai mudar muito mais. Eu to achando bom, vou achar melhor ainda quando sair daqui com ele (Mãe em entrevista individual, 21 anos, 3º filho).

Portanto, esses discursos demonstram a mudança, ou o desejo da mudança, de comportamentos após o nascimento do bebê. Por outro lado, constatou-se na observação participante e nos grupos focais, que algumas mães (principalmente as que tinham mais

de um filho e estavam desempregadas), mesmo se referindo à maternidade como um estado especial, abandonavam seus filhos na UTI.

Esse paradoxo encontra sustentação nos estudos de Ariès (1981), Badinter (1985), Kitzinger (1987), Rohden (2003) e Scavone (2004). Para estes autores, o amor materno não passa de um sentimento que pode ser nutrido a partir da convivência. Por outro lado, reconhece-se que as práticas de maternagem têm relação direta com as condições sociais e econômicas das mães, tanto que, talvez, o fato da mãe deixar o bebê prematuro aos cuidados dos profissionais para não deixar os outros filhos em casa à mercê da fome e descuido seja considerado uma prova de amor. Ou ainda, as causas que levam a mãe a deixar o filho na UTI para ser adotado por outra pessoa, ao invés de levar para casa e não ter como alimentá-lo, superam as idealizações do amor materno inato.

Reconhece-se que o Programa Canguru vem assumindo um papel de importância fundamental: possibilitar o convívio precoce entre mãe e filho, visando diminuir a mortalidade infantil através da amamentação e treinamento da mãe em prestar os primeiros socorros ao prematuro, como também a redução do abandono e maus tratos contra essas crianças. Contudo, é necessário repensar os fatores sociais, econômicos, emocionais e políticos que permeiam as decisões da mãe em participar do programa antes de apenas tentar evitar mais abandonos.

3.8.2. Significando a participação no Programa Canguru

Quando o bebê recebe alta da UTI e passa a conviver com a mãe no alojamento conjunto do Programa Canguru, surge então uma nova possibilidade de intervenção. A mulher passa a assumir os cuidados com o bebê, tornando-se sua única ocupação nesse

ambiente. Como anteriormente relatado, a maioria das mães recusava-se a praticar o contato pele a pele, pelo menos nos primeiros momentos de internação. Assim, diante do reconhecimento dessa recusa, alguns profissionais utilizavam uma estratégia que aparentemente obtinha sucesso: associavam a prática da posição canguru com o tempo de internação das mães, fazendo um paralelo ao ganho de peso do bebê:

> As enfermeiras mesmo dizem que o bebê vai sair mais rápido pra casa, que ela fica mais apegada à mãe também. Eu acho que ela ta mais apegada a mim e eu acho que ela ta ganhando peso. Assim que ela saiu da UTI ela perdeu, mas depois começou a ganhar peso. Eu percebi que ela fica bem quentinha quando eu boto no canguru (Mãe em entrevista individual, 25 anos, 2º filho).

> Ela (técnica de enfermagem) explicou que você tira a roupa do bebê e deixa só de fralda e coloca aqui dentro do peito pra sentir as batidas do coração e o cheiro da gente. Foi ela quem ensinou, falou que a gente vai embora mais rápido pra casa (Mãe em entrevista individual, 32 anos, 2º filho).

Apesar de algumas mães apenas reproduzirem o discurso dos profissionais acerca dos benefícios do programa, observou-se nos discursos de outras mães, que quando elas próprias percebem os benefícios da posição canguru, especialmente pelo ganho de peso atrelado à possibilidade de voltarem para casa, é que assumem o programa de forma mais comprometida:

> (Ao ser perguntada para que serve a posição canguru) É pra botar nos peitos pra eu e ele ir embora mais rápido pra casa, né? Essa menina ai (sua colega de

> quarto) não acreditava não. Não botava de jeito nenhum. Mas no dia que o menino ficou no meio dos peitos e não perdeu peso, ela agora bota direto, o dia inteiro, o menino nem chora pra não perder peso (Mãe em entrevista individual, 23 anos, 3º filho).

Percebe-se através desses relatos que o peso do bebê era então a medida para receberem alta da maternidade, e muitas vezes, tornava-se uma constante preocupação das mães, que decoravam o peso diário do bebê desde o nascimento.

> Ela (técnica de enfermagem) falou pra colocar pele a pele porque servia pra aumentar o peso do bebê. Eu não acreditei muito não, mas uma vez eu fiz. Ela me ajudou a botar dentro da roupa e graças a Deus o menino aumentou de peso. Aí agora eu faço direto (Mãe em entrevista individual, 23 anos, 2ª filha).

Algumas mães, diante da ansiedade em voltar logo para casa, ofereciam leite artificial em mamadeiras para seu bebê na tentativa de fazê-lo ganhar peso. Embora a mamadeira seja um item proibido na maternidade (por desestimular a amamentação e aumentar os riscos de infecção por parte do bebê), algumas mães pediam aos parentes para trazerem sem o conhecimento da equipe médica:

> Teve uma fase aqui das mães darem xuquinha escondido. A gente pegou a fonoaudióloga e pediu para explicar para elas porque não pode dar nem xuquinha nem chupeta. Eu digo para elas não escutar o que a sogra diz nem o que a avó diz, porque elas foram educadas de outra forma. Escute o que a gente diz por que a gente trabalha com isso (Enfermeira em grupo focal).

Observou-se também que algumas mães se apresentam confusas em relação ao método ou descrentes, e quase sempre, associam os benefícios dessa prática exclusivamente para o seu bebê, esquecendo-se que elas também fazem parte da intenção de fortalecer o vínculo afetivo, como se pode verificar nessa sequência de relatos:

> **Mãe:** Ontem que eu passei o dia inteirinho com ele aqui como ta agora (na posição canguru), aí fui olhar hoje ele já aumentou 50 gramas. Só porque eu passei o dia inteirinho com ele no peito. É importante pra ganhar peso (Mãe em grupo focal, 22 anos, 1º filho).
>
> **Mãe:** É, por um lado é bom porque ele ganha logo peso, mas por outro lado é ruim porque ele também pega manha, fica chorando toda hora porque quer estar no peito direto e à noite não dá pra fazer não porque ele pode cair (Mãe em grupo focal, 20 anos, 2º filho).
>
> **Mãe:** E se esquentar demais também não é bom pra ele. Porque ele fica com calor (Mãe em grupo focal, 19 anos, 1º filho).
>
> **Renata:** É, a gente sabe que deve ter algumas dificuldades, o calor não ajuda, para dormir não é muito confortável...
>
> **Mãe:** E cada funcionária diz uma coisa né? Uma me disse pra botar a colcha por cima, a outra chega e diz não bote não porque esquenta demais. Eu botava ele de fralda no peito e o vestido por cima e a bata. Todo dia ele aumentava 10 gramas e um dia aumentou 5 gramas só. Ai eu fui na médica e ela disse que era super aquecimento e se ficar super aquecido pode ficar com febre e perder

> peso. Aí não coloco mais no canguru, parei (Mãe em grupo focal, 19 anos, 1º filho).
>
> **Mãe:** Olhe, você pegar um bebê e só colocar no peito não vale de nada, tem que brincar com ele, falar com ele, dar atenção. Eu brinco com o meu e tudo na cama, não preciso colocar no canguru. Eu não faço canguru (Mãe em grupo focal, 32 anos, 2º filho).

A partir desses relatos, verificou-se que a falta de uma equipe interdisciplinar que trabalhe em cooperação entre eles resultou na descrença dos benefícios do programa por parte de algumas mães. Esses discursos discordantes dos profissionais não inspiram confiança nas usuárias, produzindo dessa forma um efeito negativo na adesão à posição canguru.

Ademais, apesar da preocupação de algumas mães em interagir com seu bebê, o que se percebe na maioria dos seus relatos é a reprodução do discurso dominante de que o programa é benéfico apenas em função do aumento de peso do recém-nascido. Sendo o aumento de peso uma exigência para a alta do bebê (em torno de 1.800g), torna-se esta a principal preocupação das genitoras. Assim, essa situação é perpetuada pela permanência imposta no programa e sua colaboração, de certa forma, é "incentivada" pela médica quando diz: *"Eu vejo uma data próxima, São João, por exemplo, e digo: olhe, vocês vão passar o São João aqui, começo a torturar no bom sentido para que elas colaborem"* (Médica em entrevista individual).

Entretanto, deve-se atentar para o fato de que, se a mãe não entende e não reflete sobre seu papel no programa, em muitos dos casos, ela apenas empresta seu corpo para recuperação do seu bebê, o que a condiciona ao papel de incubadora humana (Véras & Traverso-Yépez, 2010). Ademais, não poderíamos esperar outro discurso por parte das

mães. As dificuldades de trabalhar o conhecimento e a informação sobre o programa com essas mães parecem estar sendo perpetuadas pelos posicionamentos de alguns profissionais e pelo tipo de discurso utilizado nos documentos oficiais, funcionando assim como entraves no desenvolvimento do sentimento de autonomia por parte das mães.

3.8.3. A saudade de casa e a distância da família

Conforme dito anteriormente, a maioria das mães usuárias do Programa Canguru é proveniente das áreas rurais circunvizinhas a Natal. Por serem geralmente de classe social menos favorecida, e não receberem suporte do governo para transporte, seus familiares raramente vêm visitá-las, agravando a tensão e sentimentos de solidão:

> O problema é que tem muitas mães que tem muitos filhos, mas eles (profissionais) não entendem, entendeu? Esse horário de visita é muito ruim porque é muito pouco tempo. Tem gente que mora no interior e é mais difícil de vir. Querem vir, mas é pouco tempo de visita. Tinha uma mãe aqui que nunca recebeu uma visita, ninguém da família dela vinha, ela chorava o tempo todo. Eu tinha muita pena dela porque ninguém vinha ver ela. Porque era muito longe a casa dela e eles não tinham condições de vir (Mãe em grupo focal, 22 anos, 1º filho).

O horário de visita era algo questionado nas conversas informais com as mães. Algumas se queixavam que não deveria ter um horário específico, visto que alguns

familiares trabalhavam e não podiam visitar no horário predeterminado pela maternidade. Algumas maternidades como a de Itapecerica da Serra/SP não têm horário específico, controlando-se apenas o tempo de permanência de cada visita.

Do lado dos profissionais, nos seus discursos, verificou-se a preocupação com o desejo das mães em irem para casa e a dificuldade em obter a permissão do serviço social para isso, geralmente por medo que elas não voltem para buscar o bebê. Desse modo, geralmente, a estadia imposta à mãe na maternidade contribuía para a falta de interesse em colaborar com o desenvolvimento do filho ou de participar do programa:

> Filho é uma coisa pra ter responsabilidade. Eu penso isso. Aí se a mãe fica na pressa de ir embora, na pressa de ir embora, um dia o bebê ganha no outro perde (peso). Tinha uma aqui estressada e o bebê morrendo de chorar e ela dizia: pode chorar, pode morrer de chorar que você depois se cala. Aquilo me doía sabe. Ela dizia que queria voltar pro outro filho que tava em casa mas a enfermeira não deixou e eu dizia: mulher ele ta sendo tão bem cuidado lá. Porque a sogra é mesmo que uma mãe né? Ela cuida igual à gente. Não é assim não, a gente tem que se conformar, eu sei que aqui é ruim, que fica aqui preso. Mas eu quero a saúde da minha filha, quero sair daqui quando ela tiver boa mesmo. Quando ela ficar boa, não tiver mais nada, que eu quero ir embora (Mãe em grupo focal, 25 anos, 1º filho).

Quando as mães residem em Natal, e/ou possuem algum recurso financeiro para ir e voltar para casa, isso se torna mais simples. Quando, no entanto, elas residam em outra cidade, é permitido que elas voltem para casa enquanto o bebê está na UTI, sendo solicitadas a retornarem para a maternidade assim que o bebê receba alta para ir para a

enfermaria. Todavia, o discurso de uma mãe que retornou para casa enquanto seu bebê estava na UTI retrata bem a dificuldade em lidar com o sentimento de dúvida entre ficar na maternidade ou voltar para casa junto dos seus filhos e do marido:

> Eu fui em casa, eu tava feliz porque eu tava junto da minha família. Mas eu também chorava porque eu tinha deixado um pedaço de mim aqui. Aí eu voltei pra cá na segunda feira, mas a menina continuou lá na UTI e novamente eu entrei em desespero. Assim, eu chorava muito pra ir novamente pra casa porque eu não tinha esperança que ela vivesse. Ela tava lá dentro da UTI. Aí quando foi quinta-feira o medico me disse que ia sair de lá da UTI direto pra meus braços aqui na enfermaria, aí eu pedi a ele pra ir em casa antes dela sair e ele deixou. E disse que era 'pra mim' voltar o mais rápido possível. Aí eu fui pra casa, quando eu cheguei em casa tudo pronto, comida feita, casa arrumada. No sábado eu voltei pra cá, vim o caminho todo chorando. Eu queria ficar de vez em casa, ter levado minha filha e não voltar mais pra cá (Mãe em entrevista individual, 32 anos, 2º filho).

Assim, além da ambivalência de sentimentos das mães em relação aos seus filhos em casa e o prematuro internado, muitas vezes, elas ainda têm que contar com a falta da presença dos familiares por questões econômicas e sociais:

> Eu ficava chorando toda hora, todo mundo que chegava aqui me via chorando, todo mundo perguntava o que você tem? Eu não falava nada, mas eu queria ir embora pra casa pra minha outra filha e tinha pena de deixar ele aqui e queria ele perto de mim. A saudade de casa era grande, queria ir embora logo mas ficava

> com pena de deixar ele ai. Minha sogra veio já aqui me ver mas meu marido ainda não veio, ele trabalha e não pode sair do emprego pra vir e é longe pra vim aqui. Eu falo no telefone com ele e ele chora querendo que eu volte logo. Ele não tem dinheiro, mulher, pra vir pra cá, e pra alugar um carro é 20 reais. Aí a assistente social perguntou se eu queria ir em casa e depois de 2 dias voltar, mas eu não tenho dinheiro pra pagar ai ela disse pra eu pedir na prefeitura de lá um carro, mas é difícil, a gente não consegue isso fácil não. E eu queria passar uma semana em casa porque eu sei que é difícil conseguir carro. Por exemplo, se a gente precisar da ambulância da prefeitura pra vir pro médico é só uma vez por mês só, se adoecer mais de uma vez por mês a gente não tem ambulância. Ai a médica disse que então é melhor não ir porque se o bebê sair da UTI e eu não tiver aqui como vai fazer? Aí eu então resolvi não sair não, fiquei esperando o bebê (Mãe em entrevista individual, 23 anos 2ª filha).

Essa situação de abandono das mães na maternidade é perpetuada pela falha do Governo em oferecer suporte socioeconômico para essas mães. Em visita ao IMIP em Recife, a médica responsável pelo programa declarou se orgulhar da eficácia do serviço social desse programa que exige das prefeituras o transporte para levar e trazer não só as mães, como também os familiares para visitá-las. Entretanto, reconhece-se que cada instituição tem suas próprias características. É impossível normatizar todas maternidades do SUS no Brasil no que tange à implantação e aplicação do Programa Canguru. O compromisso ético e as prioridades de cada gestor têm repercussões diretas no funcionamento do programa. Assim, é possível ficar atento e atualizado sobre os direitos e deveres de cada cidadão e de cada instituição de modo a contribuir para eficácia do método de intervenção.

Devido à situação de isolamento na maternidade e a falta de atividades das mães na enfermaria, muitas vezes, estas relatavam sentimentos de ociosidade, mesmo sendo-lhe atribuído o papel de cuidadora principal do bebê:

> Essa falta do que fazer me incomoda. Porque a única coisa que tem pra fazer aqui é dormir e cuidar do meu filho. Eu queria aprender era a fazer crochê. Eu gosto de pintura, de ler livros que tenha poemas. Incomoda ficar sem ter o que fazer (Mãe em entrevista individual, 22 anos, 1º filho).

Constata-se com isso, que as mães estavam sempre desejando realizar outras atividades durante sua estadia, tornando-se muitas vezes incômoda essa situação de inatividade. Por outro lado, a ociosidade, assim como a falta do apoio emocional por parte da família e amigos, diversas vezes era amenizada com a solidariedade entre as mães e entre mães e profissionais nesse difícil momento de solidão e preocupação com o bem-estar do filho:

> É assim, a gente fica escutando, pega na mão da outra mãe, escuta as histórias das outras mães e acaba incentivando, sabe? Como por exemplo, a gente pensa, ave Maria, a filha dela tem isso e isso e a minha não tem, a coitada tá pior que eu. É assim, a gente tem que estar preparada pra tudo. A gente tem que estar preparada pra luta. Uma passa força pra outra (Mãe em grupo focal, 24 anos, 1º filho).

> É o meu primeiro filho e eu fiquei aqui 2 meses. Tô muito feliz porque estou de alta. Até que enfim chegou o dia tão esperado… Eu pedi muito a Deus pra que

> meu filho ficasse bem e eu pudesse ir pra casa com ele. Como tudo tem seu lado bom e seu lado ruim, foi bom aqui que eu tive toda assistência pra o meu filho. Os funcionários foram legais, conquistei a amizade de muitos, o lado ruim é a distância de casa, de tudo, não tive apoio da família de nada, mas tive dos funcionários. Então deu pra superar. Eu sofri um pouco, no começo eu chorava muito, obrigada pela força, tudo se transformou em alegria agora (Mãe em grupo focal, 20 anos, 1º filho).

Verifica-se que mesmo sem um apoio psicológico e emocional de qualidade, cada mãe encontra na outra um porto seguro, um sentimento de solidariedade. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância do profissional no apoio a estas mães. Uma vez que a política de humanização visa justamente melhorar e qualificar o atendimento, não basta valorizar e reconhecer o outro como igual a si ou permitir acompanhantes na internação hospitalar. Não basta apenas informar e respeitar a vontade do paciente em escolher determinado tratamento ou articular os avanços tecnológicos com o bom relacionamento, ou tampouco melhorar as condições de trabalho dos funcionários (Brasil, 2004). Dessa forma, retomando a discussão acerca das práticas dialógicas, considera-se que só se desenvolvem relações éticas quando se vê o "outro" como interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças por meio da reflexão consciente e compartilhada do problema (Traverso-Yépez e Morais, 2004). Assim, verifica-se que as relações de solidariedade e apoio emocional entre funcionário e usuária e entre usuárias podem contribuir para melhorar a assistência materno-infantil.

3.8.4. O suporte emocional através da fé e da religião

Diante da prematuridade, da gravidade do quadro do neonato e da necessidade de a mãe se afastar do filho, tornou-se evidente a utilização de estratégias religiosas por parte das mães como consolo para as situações adversas surgidas com o nascimento antes da hora. Algumas pesquisas sobre a situação das mães do Programa Canguru (Moura & Araújo, 2005; Véras, Vieira & Morais, 2010) enfatizam nos relatos das usuárias deste serviço a presença do uso da religiosidade para descrição das ocorrências no parto e internação da criança, assim como para minimizar o impacto emocional vivenciado na situação.

Assim sendo, tendo em vista o sentimento de impotência experimentado pelas mães na contribuição da recuperação do filho, a utilização da religiosidade serviu como amparo e esperança na sobrevivência do bebê:

> Eu fiquei muito triste quando vi minha bebê naquele estado, cheia de aparelhos, mas eu entreguei à Deus. Eu rezo por ela. Graças a Deus ela saiu de lá (UTI), ta comigo aqui agora (na enfermaria). Só Ele mesmo. A gente tem que se apegar primeiramente a Ele e depois a gente (Mãe em grupo focal, 22 anos, 2º filho).

> Para mim foi um choque ver meu filho todo roxinho, sem respirar. As pessoas massageando para ele respirar. Tive vontade de desistir, desesperada, pois estava vendo meu filho morrer, e não podia fazer nada, só chorar e confiar em Deus que é nosso pai (Mãe em entrevista individual, 25 anos, 3º filho).

O sentimento de medo e insegurança que as mães demonstram, muitas vezes, é amenizado através do sentimento de esperança e fé por parte dessas mulheres. Seus filhos passam a ser considerados bênçãos de Deus e o fato de terem sobrevivido, mesmo tendo nascido prematuramente, os tornam lutadores, guerreiros capazes de sobreviver pela intervenção de Deus:

> Para mim foi a maior graça recebida por Deus, eu era mãe, meu filho tinha nascido. Que felicidades meu Deus! Que maravilha! Ao mesmo tempo eu me preocupava, chorava muito, pois o meu bebê nasceu sem oxigênio e com o lábio leporino, quanta angústia, pois sabia que ele ia passar por um grande sofrimento e teria uma batalha a superar, pois imaginei que fosse um grande guerreiro. E um grande guerreiro passar por tudo isso e sobreviver é uma benção dada por Deus (Mãe em entrevista individual, 26 anos, 2º filho).

Os discursos das mães, bem como os relatos de história de vida, destacam a religiosidade e espiritualidade como instrumentos de superação nos momentos de dor, de angústia, de perda do sentido da vida, como também de sustentação para a não compreensão do fenômeno da morte e o morrer.

Observa-se que através da esperança se atribui um significado à existência. A esperança é a busca pelo sentido da vida, mesmo diante da morte (Boff, 2006). No cotidiano da mãe canguru, percebe-se que este sentimento é o que mais as conforta, no enfrentamento da morte. Segundo elas, a esperança e a fé, mesmo com tantas adversidades, promovem um alívio diante da realidade vivenciada.

Constatou-se, assim, que além do esforço para enfrentar a situação de prematuridade do filho era, quase sempre, apoiado na apelação a Deus. Com base nas

observações e nas entrevistas verificou-se que, durante as visitas das mães aos filhos na UTIN, promessas ao “pai divino” eram feitas, tornando-se uma grande esperança de socorro para melhora do bebê:

> Eu fiz tudo para tentar salvar a vida do meu filho, pois eu confio em Deus que ele vai vencer, pois ele é vitorioso em nome de Jesus, e vai ser pregador da palavra de Deus... É isso que me dá força para ficar a todo instante com ele (Mãe em grupo focal, 30 anos, 3º filho).

> Todos os meus dias eram dedicados ao meu bebê, ficava horas e horas na UTIN olhando para ele, cantando, rezando, cheirando e pedindo a Deus para que ele se recuperasse, mas é tudo muito lento e de repente, o quadro começou a se agravar (Mãe em entrevista individual, 26 anos, 2º filho).

O apego religioso geralmente passa a ser o suporte para a aceitação deste momento, contribuindo para a existência e manutenção de grupos religiosos e/ou de orações nos alojamentos conjuntos e nas UTINS das maternidades. No caso da Maternidade Escola Januário Cicco há um grupo espiritual intitulado “Mães em Oração”, coordenado por uma técnica de enfermagem. Esse grupo serviu muitas vezes de apoio emocional para algumas mães, conforme se verificou nos relatos. Percebeu-se que os sentimentos de medo e solidão, devido ao distanciamento familiar e social, foram amenizados ao serem compartilhados pelas outras mães nesse grupo.

Durante os encontros no grupo de oração, as mães se emocionavam bastante quando se reproduziam músicas religiosas, assim como ao ouvirem os relatos das outras mulheres que esperavam a cura dos seus filhos. A expressão das emoções, aliada à

diminuição da ansiedade, tendia a auxiliá-las a manterem confiança e esperança na recuperação dos seus filhos. Foi possível observar também que as mães se comoviam com o sofrimento das outras, numa relação de identificação mútua, despertando a solidariedade, o respeito pelo outro que padece e o encorajamento para enfrentar situações de riscos.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

4.1. O processo interacional entre profissionais e usuárias do programa

Além da participação da mãe, a aplicação do Programa Canguru envolve a atuação de diversos profissionais da saúde. Cada um deles, com suas características próprias, certamente desenvolve graus variáveis de implicação pessoal e profissional com o programa. Consequentemente, tanto o profissional como as usuárias já vêm carregados de significados, em estreita relação com o modo como estes se identificam e posicionam um ao outro no processo interacional. Portanto, presume-se que ao se estabelecer uma interação na atenção à saúde, esta não se inicia, se 'retoma' (Ayres, 2006). Assim, nos encontros que vão se estabelecendo ao longo da vida, essas referências identitárias vão se transformando, reconstruindo continuamente a percepção de si e do outro. Essa reconstrução contínua de identidades no cuidado é um aspecto que deve ser valorizado na assistência à saúde. Pode ser considerado um exercício saudável para o surgimento de novos objetos, novas possibilidades técnicas e novos sucessos práticos.

Traverso-Yépez e Morais (2004) ressaltam o papel do profissional na definição do tipo de relação estabelecida com o usuário dos serviços de saúde. O caráter humanizado e horizontal desta relação tem, de fato, um importante papel na melhoria e transformação do atual quadro, justamente pelo reconhecimento de sua relevante dimensão educativa.

Dessa forma, a história pessoal de cada um dos pólos envolvidos no programa e as condições concretas que cada instituição oferece para seu desenvolvimento implicam diretamente no modo como este se organiza. As construções discursivas são ilustrativas da variedade de posicionamentos e perspectivas que permeiam as relações profissionais-usuários dos serviços. Por esse motivo, a aplicação do Programa Canguru, realizada

através de um conjunto de práticas cotidianas específicas, confere ao programa características variáveis e nem sempre coerente com os documentos oficiais que normatizam seu funcionamento (Moura, 2003).

Verificou-se nas observações participantes, entrevistas e conversas informais que a maioria dos profissionais não possuía habilidades ou não foram treinados para criarem um ambiente de suporte para a saúde materno-infantil. Apesar de, em várias situações, ficar claro que muitos profissionais conheciam os conceitos da atenção humanizada e da relevância do vínculo materno-infantil no Programa Canguru, eles ainda não foram plenamente incorporados em sua prática clínica.

Os estudos de Souza *et al.* (2007) demonstraram que as atitudes dos profissionais diante da mulher com o filho internado na UTIN revelaram que as relações entre profissionais de saúde e usuárias são geradoras de conflitos e dúvidas. Os profissionais tenderam a oferecer informações insuficientes com o uso da linguagem técnica que favoreceram a construção de realidades distorcidas na perspectiva das mães.

De acordo com Henning *et al.* (2006) existe uma lacuna entre os conhecimentos e a aplicação prática das mudanças propostas pelo manual do Programa Canguru. A aplicação dessas normas exige mais do que a adoção de rotinas e o treinamento formal de alguns profissionais. É necessária a educação permanente em todos os níveis de formação dos profissionais da saúde que cuidam dos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo-peso.

Contudo, como em qualquer organização social, no hospital existem também espaços para os contra-discursos e para as práticas mais compromissadas. O cotidiano de serviços nem é um mundo harmônico, nem tampouco um lugar dissonante, mas pode agregar os dois aspectos. De fato, existem muitos profissionais dedicados, “vestindo a

camisa" da instituição, que fazem a diferença no atendimento da saúde materno-infantil (Traverso-Yépez, 2008).

O grau de compromisso dos profissionais está perpassado pelo processo de significação que conforma o trabalho em saúde. Esse processo de significação está permeado pelas histórias de vida de cada um, pelo sentimento de responsabilização pelo outro e pelo próprio momento circunstancial do encontro (Traverso-Yépez, 2008). Dessa forma, mesmo que os profissionais recebam treinamento, ou no caso presente não recebam, eles possuem a capacidade de construir sua própria maneira de agir, como também de refletir acerca do seu trabalho. Por isso, entre os profissionais, não apenas coexistem diferentes formas de compromisso, mas também diferentes formas de assumirem esse compromisso com o trabalho que desenvolvem. O que vai caracterizar o trabalho em saúde para cada profissional não é a produção de saúde, mas sim a produção de cuidados (Traverso-Yépez, 2008; Véras, Morais & Traverso-Yépez, no prelo).

Certamente, o trabalho em saúde ultrapassa, com sua complexidade, os limites dados pela lógica institucional de normatização do trabalho através de normas e editais, constituindo um desafio singular ao campo da saúde pública. Portanto, a criação de programas ou políticas de saúde, voltados para atuação do setor diante da proposta de humanização, necessita incorporar a dimensão sociocultural dos sujeitos que a vivenciam. Logo, referindo-se especificamente Programa Canguru, é preciso analisar a dinâmica de trabalho a partir do cotidiano dos atores sociais, considerando-se as políticas públicas de saúde, a dinâmica institucional, social e cultural que perpassam o atendimento nesse setor.

4.2. A subjetividade negada das usuárias do Programa Canguru

Como destacado anteriormente, em nenhum momento este trabalho pretende questionar o potencial efeito positivo do Programa Canguru em relação ao desenvolvimento da ligação afetiva, à relevância do vínculo mãe-filho, ao ganho de peso e aos outros efeitos benéficos relacionados à saúde do bebê, observados durante o processo desta pesquisa. Estes aspectos positivos do programa coincidem com as contribuições de outras pesquisas bem sustentadas na literatura científica, evidenciando as conquistas em relação à redução da mortalidade neonatal, ao incentivo à amamentação, ao aumento de peso do bebê, proporcionalmente maior que em relação à incubadora, à formação do vínculo afetivo e à cooperação materna nos cuidados com os bebês (Aréstegui, 2002; Arias, Garro & Huerta, 2002; Charpak, Ruiz-Peláez, Charpak, 1994; Ruiz-Peláez, Charpak & Cuervo, 2004; Tessier *et al.*, 2003).

Por outro lado, constata-se, a partir dessa pesquisa, que pouca atenção é dispensada a um elemento essencial à aplicação desse programa: a mãe. Sua participação no programa envolve um amplo conjunto de interesses e possibilidades sociais e pessoais, as quais estão permeadas na postura que cada mulher assume diante desta forma específica de cuidado. No mesmo teor, os discursos do módulo 2 do documento oficial do Programa Canguru (Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Prematuro e/ou de Baixo Peso: Manual do curso) valorizam a família nuclear idealizada típica da classe média, exaltando, através de conceitos psicanalíticos, a ideia do instinto materno. Esse discurso moralizador que se iniciou por volta do século XVIII continua, até hoje, cobrando das mulheres amor e cuidados incondicionais a seus filhos. Dessa forma, o papel social da mulher enquanto pessoa passa a ser desconsiderado diante da idealização do papel materno, havendo a tendência em se confundir determinismo social

e imperativo biológico (Badinter, 1985). Apesar de se acreditar atualmente que o comportamento é uma construção social, na cultura ocidental a mulher é potencialmente considerada a partir de sua natureza biológica, em função da sua capacidade de gerar e parir filhos.

Por esse viés, a maternidade encontra-se teorizada como uma marca de gênero, produzida por um grupo específico em um determinado tempo histórico, e as políticas públicas de saúde e sociais, que incluem a família em seu funcionamento, passam a investir nas mulheres a partir de uma proposta universal e biológica, posicionando-as como provedoras, protetoras, cuidadoras e educadoras "naturais" das crianças (Klein, 2005, 2007).

Ademais, como o Programa Canguru atende basicamente a população usuária do Sistema Único de Saúde, ele atinge principalmente a classe socioeconômica menos favorecida. Como foi destacado antes, historicamente a intervenção do Estado sob essa classe se deu em forma de vigilância e filantropia, incentivando o cuidado das crianças pelas próprias mães através de auxílio financeiro, tendo como principal objetivo reduzir a mortalidade infantil, o abandono de crianças, uniões não 'legalizadas' e as mendicâncias das famílias. Essa perspectiva pode ser verificada na atualidade através dos benefícios sociais na intenção de manter as mães como cuidadoras dos filhos, com o programa bolsa-família (Klein, 2005), ou em políticas de saúde como o Programa Canguru, investindo na formação do vínculo afetivo.

Portanto, a aplicação do Programa Canguru (dirigida a uma determinada classe social) tende a se apoiar na perspectiva inata do amor materno, trazendo à tona um conflito ético ao posicionar a mãe como mero instrumento para recuperação da saúde de seu filho. As mães, por sua vez, incorporam essa perspectiva e se reduzem ao papel de meras coadjuvantes nesse programa.

Atentando-se para essa observação, insiste-se na necessidade de uma reflexão acerca da forma como o programa está sendo aplicado. Uma vez que seus princípios partem de uma concepção universal e generalizada do amor materno e da família, verifica-se uma tendência à reprodução dos discursos prescritivos nos serviços de atendimento. Os profissionais se baseiam nos princípios da relevância do vínculo materno-infantil para estimular a participação das mães nesse programa, enfatizando apenas o desenvolvimento saudável do bebê. Dessa forma, desconsidera-se a subjetividade das pessoas envolvidas, assim como todos os condicionantes sociais, econômicos, culturais e familiares, os quais perpassam os posicionamentos em relação à experiência da maternidade e à vivência com um filho.

Igualmente, no documento oficial, pouco se menciona sobre o apoio emocional às mães ou de ações voltadas a fortalecer sua rede de suporte social, por exemplo. Essa postura indica a super valorização dos aspectos clínicos em detrimento da dinâmica sócio familiar das usuárias (Deslandes, 2005).

Desse modo, os discursos encontrados no documento oficial, carregados de juízos de valor e posicionamentos idealizados acerca da maternidade, de um lado, normalizam o atendimento por parte dos funcionários do programa. Por outro lado, anulam as possibilidades de as mães expressarem suas individualidades e a vontade em participarem ou não do canguru. Muitas vezes, os profissionais se utilizavam do poder institucional como uma forma de controle social para manter as mães desinformadas acerca da possibilidade de deixar o hospital e voltar para casa enquanto o bebê estava na UTI. Estes profissionais tendiam a realizar uma interpretação radical do documento oficial do programa, enfatizando apenas o ganho de peso e a necessidade de participação das mães.

Nesse cenário, na tentativa de justificar a permanência na maternidade, o que se percebeu nas entrevistas e nas conversas informais com as mães foi a reprodução do discurso dominante de que o programa é benéfico apenas em função do aumento de peso do bebê. Sendo o aumento de peso uma exigência para a alta do bebê (em torno de 1.800 g.), torna-se esta a principal preocupação das genitoras. Dessa forma, para as que "descobrem" que seu bebê realmente aumenta de peso na posição canguru, elas rapidamente desempenham essa função acolhedora argumentando que esse "sacrifício" é em prol do desenvolvimento do bebê. Sacrifício porque a maioria das mães durante as observações participantes e conversas informais alegaram não gostar dessa posição devido ao calor (como uma cidade nordestina, Natal pode atingir temperaturas elevadas), ao incômodo, à limitação de outras atividades e, por fim, elas associavam a "manha" ao choro freqüente do bebê quando não estava na posição canguru.

Entretanto, essa permanência imposta às mães, na maioria das vezes, provocava reações nas usuárias do Programa. A observação participante, as entrevistas e as conversas informais diversas vezes demonstraram os conflitos surgidos a partir da participação materna imposta:

- Geralmente as mães não faziam o canguru espontaneamente, preferindo deixar o bebê na cama. Algumas vezes elas expressavam sentimentos negativos como tristeza, choro, isolamento e até mesmo comportamentos agressivos.
- A falta de diálogo dos profissionais com as usuárias, e a ausência de consideração acerca das condições psicossociais destas, gerava o escasso conhecimento sobre a técnica canguru por parte das mães acerca dos benefícios do canguru. Esse tipo de prática muitas vezes as conduzia a esquecer que também tinham um papel fundamental na intenção de fortalecer o vínculo afetivo. Igualmente, a falta de diálogo também as levava a compartilhar conhecimentos do senso comum para

algumas questões acerca dos fatores que levam à redução ou ganho de peso do bebê. Talvez esta seja a possível explicação do motivo que levava algumas mães a administrarem mamadeiras com leite em pó às escondidas dos funcionários.

- Por outro lado, o senso comum muitas vezes ajudava as mães a compartilhar os benefícios do canguru. Durante alguns grupos focais, onde as mães explicitavam suas preocupações sobre os bebês, foi percebido que se uma mãe falasse para o grupo que seu bebê havia ganhado peso colocando-o na posição canguru, rapidamente as outras mães também colocavam seus bebês naquela posição.
- As mães também recorriam ao apelo divino utilizando a religião tanto para explicar a situação do prematuro como para aumentar a esperança de recuperação e de vida do bebê. Assim, constatou-se que Deus era bastante utilizado nos discursos das mães, que, muitas vezes, acreditavam mais na bênção Dele do que na própria medicina.

Assim, com base nessa discussão, deve-se reconhecer que, para incentivar a participação da mãe no Programa Canguru, não se pode restringir o foco nas responsabilidades delas no desenvolvimento do bebê ou no papel dos profissionais ou da instituição. O suporte do Governo é também essencial para reduzir as iniquidades sociais, principalmente nas áreas rurais, onde o sistema de saúde continua deficiente. Nota-se que 49.3% das mulheres do Nordeste tiveram menos que 5 consultas pré-natais em 2006 (CNDSS, 2008). Não apenas a qualidade dos cuidados pré-natais parece ser inadequada, mas as precárias condições de vida também influenciam a alta prevalência de nascimento prematuro entre a sociedade economicamente menos privilegiada. Por exemplo, a prevenção de algumas doenças epidemiologicamente controláveis, como a sífilis (uma das principais causas do nascimento prematuro na maternidade estudada) poderia ser um importante início para redução do parto prematuro no Brasil.

Por outro lado, reconhece-se que a implantação deste programa requer não só a presença e o treinamento para o bom atendimento da equipe de funcionários, como também deve ser levado em consideração a complexa rede de determinantes sociais da saúde que podem influenciar na participação das mães no programa. Este tipo de assistência não deve ser visto pelas mães como uma obrigação e sim como uma opção que implique em momentos prazerosos no ambiente hospitalar, deixando à carga desta participar ou não do programa.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como reflexão acerca da análise dos resultados desse estudo, conclui-se que apesar do documento oficial do Programa Canguru discorrer sobre aspectos biológicos e psicológicos do comportamento materno, por outro lado, tende a abster-se da reflexão sobre os condicionantes sociais, culturais, econômicos e políticos que exercem influências nas relações sociais, experiências e processos de geração de sentidos nos cuidados dessas crianças.

Ressalta-se que as políticas de saúde em geral, ao desconsiderar a subjetividade dos seus usuários, formulando normas e discursos verticais que normalizam as práticas de intervenção, impõem à população assistida uma posição de submissão (Pinheiro & Luz, 2003). Talvez, se o programa, em lugar de uma postura autoritária, adotasse um posicionamento baseado no diálogo e respeito, refletindo junto com as mães sobre a importância desse tipo de cuidado, a participação destas no programa fosse mais eficaz. Contudo, para se libertar da perspectiva autoritária, não basta a boa vontade de profissionais e governantes; precisa-se pensar em alternativas de democratização do controle social que questionem a lógica sociopolítica tradicional predominante nesses espaços de saúde (Alvarez-Uría & Varela, 1994).

Além de informar e respeitar a vontade da pessoa em escolher determinado tratamento, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento, deve-se considerar também as condições de funcionamento dos serviços assistenciais. Considera-se importante oferecer, tanto aos profissionais quanto aos usuários, espaços de reflexão sobre seus respectivos papéis nos serviços de saúde. Apenas quando esses atores sociais em relação se percebem como uma equipe, torna-se possível a autotransformação, sendo essa coletividade atingida através desses espaços de reflexão.

Se as políticas de humanização visam justamente a melhorar e a qualificar o processo de interação entre os atores sociais, entende-se que tal mudança não pode

ocorrer simplesmente através de normas, editais e cursos. Considera-se que a reestruturação na forma de enxergar o outro deve caracterizar o movimento de humanização. É importante, para isto, considerar a complexidade e os processos de subjetivação desenvolvidos de acordo com as experiências pessoais e com as formas por meio das quais as pessoas significam o mundo a sua volta.

Diante dessas considerações, esse estudo aponta para o caráter processual, coletivo e contextualizado dos processos de mudança das práticas sociais no contexto da saúde materno-infantil. Esses aspectos precisam ser exaustivamente ressaltados, a fim de possibilitar às usuárias, aos profissionais e aos gestores o reconhecimento da importância de sua participação na formação das políticas de saúde.

Essa reflexão faz-se particularmente relevante no momento em que a discussão acerca das políticas de humanização na saúde sinaliza para a sociedade a oportunidade de um espaço coletivo de reflexão e tomada de decisões no campo da saúde materno-infantil. É imprescindível, no entanto, continuar com os estudos acerca das políticas de humanização em outros setores da saúde, enfatizando, principalmente, a análise documental dos programas, uma vez que se reconhece sua contribuição para a reprodução dos discursos e práticas hegemônicos e, portanto, para a dominação e violação dos direitos de cidadania da população assistida.

REFERÊNCIAS

Agacinski, S. (1999). *Política dos sexos.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Álvarez-Uría, F. & Varela, J. (1994). *Las redes de la psicologia*: análisis sociológico de los códigos médico-psicológicos. Spain: Libertarias/Prodhufi, S.A.

Anderson, G.C; Moore, E.; Hepworth, J. & Bergman, N. (2004) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Library*, issue 2. Disponível em <http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=reviews>. Acessado em 30/11/2005.

Aragão, V. M. F., Silva, A. A. M., Aragão, L. F., Barbieri, M. A., Bettiol, H. Coimbra, L. C. & Ribeiro, V. S. (2004). Risk factors for preterm births in São Luis, Maranhão, Brazil. *Cad. Saúde Pública, 20(1):* 57-63.

Aréstegui, R. U. (2002). El Método Canguro em el Hospital Nacional Docente Madre Nino (HONADOMANI) "San Bartolomé". *Paediatrica, 4(3):* 41-46.

Arias, M. A. M., Garro, A. G. & Huerta, C. E. A. (2002). Estudio de la técnica mamá canguro. *Revista del hospital general "La Quebrada". 1(1):* 16-19.

Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família.* Rio de Janeiro: LTC.

Ayres, J. R. C. M. (2006). Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes, S. (org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Backes, D. S.; Lunardi Filho, W. D. & Lunardi, V. L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev. Esc. Enferm. USP 40 (2):* 221-7.

Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado:* o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Badinter, E. (2005). *Rumo equivocado.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Barros, A. J. D.; Victora, C. G.; Cesar, J. A. *et al.* (2005). *Brazil: are health and nutrition programs reaching the neediest?* Washington, DC: The World Bank.

Beauvoir, S. (2000). *O segundo sexo.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Benevides, R.; Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – comunic., saúde, educ. 9(17)*:389-406.

Bernardes, J. de S. & Menegon, V. S. M. (2007). Documentos de domínio público como produto e autores sociais. *PSICO, Porto Alegre, 38 (1),* 11-15.

Boaretto, M. C. (2004). *Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação apresentada a Fundação Oswaldo Cruz, 141p.

Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra.* Petrópolis: Vozes.

Boff, L. (2006). *Espiritualidade:* um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante.

Bowlby, J. (1995). *Cuidados Maternos e Saúde Mental.* São Paulo: Martins Fontes.

Brasil (2001). Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde/FEBRASCGO/ABENFO, Brasília.

Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde/ Área de saúde da criança. (2002) *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso:* método mãe-canguru – manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2004). *Política nacional de humanização:* documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de políticas públicas, 54p.

Brasil (2006). PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.*

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. (série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil (2009). IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009). *Síntese de Indicadores Sociais,* Rio de Janeiro.

Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce.* Os pais, os bebés e a interacção precoce. Lisboa: Terramar.

Brum, E. H. M. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva, 9(2):* 457-467.

Bussab, V. (2005). A família humana vista da perspectiva etológica: natureza ou cultura? *Interação em Psicologia, 4(18).*

Calume, Z. & Charpak, N. (1995). Comparación entre dos métodos para el manejo de recién nacidos com peso al nacimiento inferior a 2001 g. Técnica Canguru de Rey-Martínez vs. Técnica tradicional. *Tribuna Médica 91 (4):* 207 – 216.

Campbell, M. & Gregor, F. (2002). *Mapping social relations.* A primer in doing institutional ethnography. Ontario: Garamond Press.

Campos, G.W.S. (1997). *Reforma da reforma. Repensando a saúde.* São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S. (2000) Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva: 5(2)*: 219-230.

Cardoso, A. C., Romiti, R., Ramos, J. L. A., Issler, H., Grassioto, C. & Sanches, M. T. (2006). Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. *Pediatria (São Paulo): 28(2)*: 128-34.

Carrol, W. K. (2006). Marx's method and the contributions of institutional ethnography. In: Frampton, Kinsman, Thomson, Tilleczek (eds). *Sociology for changing the world:* social movements/social research. Halifax: Fernwood.

Carvalho, M. R. & Prochnik, M. (2001). Método mãe-canguru de atenção ao prematuro. (Coleção BNDS Social, v. 1). Rio de Janeiro: BNDES.

Casate, J.C. & Corrêa, A. K. (2005). Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Lat-Am. Enfermagem13(1)*:105-111.

Cattaneo, A., Davanzo, R., Worku, B., Surjono, A., Echeverria, M., Bedri, A., Haksari, E., Osorno, L., Gudetta, B., Setyowireni, D., Quintero, S. & Tamburlini, G. (1998). Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatr, 87*(3), 976-85.

Charpak, N. (2001). *Kangaroo mother care in developing countries.* 5th World Congress of Perinatal Medicine: 1023-1027.

Charpak, N.; Calume, Z. F. de & Hamel, A. (1999). *O método mãe canguru***:** pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericanas do Brasil.

Charpak, N., Ruiz-Peláez, J. G. & Charpak, Y. (1994). Rey-Martinez Kangaroo Mother Program: na alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study. *Pediatrics 94(6):* 804-810.

Charpak, N. & Ruiz-Peláez, J. G. (2006). Resistance to implemening Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. *Acta Pediatrica, 95:* 529 – 534.

Charpak, N. Ruiz, J. G., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., Cristo, M., Anderson, G., Ludington, S., Mendoza, S., Mokhachane, M., Worku, B. (2005). Kangatoo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatrica, 94:* 514-522.

Chodorow, N. (1979). *The reproduction of mothering.* California: University of California Press.

Colameo, A. J. & Rea, M. F. (2006). Kangaroo Mother Care in public hospitals in the State of São Paulo, Brazil: an analysis of the implementation process. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (3).

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. (2008). As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil. Fiocruz.

Costa, J. F. (1989). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Crevelim, M. A. (2005). Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva, 10 (2)*: 323-332.

Dall' Agnol, C. M. & Trench, M. H. (1999). Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *R. Gaúcha Enferm., 20(1)*: 5-25.

Davies, B. & Harré, R. (1990). Positioning: the Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour,* 20(1), p.43-63.

De Prada, M. A.; Actis, W. & Pereda, C. (1989). *Infancia moderna y desigualdad social*. Madrid : Documentacion Social. Revista de estudios sociales y de sociologia aplicada, n° 74.

DeVault, M. L. (2008). *People at work* – life, power and social inclusion in the new economy. London : New York University Press.

DeVault, M.L. & McCoy, L. (2002). Institutional Ethnography, Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In F.J.Gubrium and J.A.Holteins (Eds). *Handbook of Interview Research*. Thousand Oaks/London: Sage.

Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14.

Deslandes, S. F. (2005). A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro, *Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3)*:615-626.

Deslandes, S. F. (2006). Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. Em Deslandes, S. (2006). Humanização *dos cuidados em saúde:* conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 33-47.

Diniz, S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva 10(3)*: 627-637.

Donzelot, J. (1986). *A polícia das famílias.* Rio de Janeiro: Edições Graal.

Dzukou, T., Pintière, A., Bétrémieux, P., Vittu, G., Roussey, M., Tietche, F. (2004). Les unités et soins kangourou: revue bibliographique sur les attitudes actuelles, leurs intérêts et leurs limites. *Archives de pédiatrie, 11:* 1095-1100.

Eisler, R. (1988). *The chalice and the blade.* Toronto: Fitzhenry & Whiteside Ltda.

Fairclough, N. (1995). *Analysing Discourse.* Textual Analysis for Social Research. London: Routledge.

Fernandes, L. P. & Klein, C. (2009). "A gestante não é dona do bebê"! Parternidades veiculadas no programa Primeira Infância Melhor/RS. *Parto e Maternidade:*

profissionalização, assistência, políticas públicas. Disponível em www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/K/Klein-Fernandes_**26**.pdf. em 30/11/2009.

Ferreira, L. & Vieira, C. S. (2003). A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. *Acta Scientiarum. Health Sciences, 25(1):* 41-50.

Feuerweker, L. M. (2005). Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – comunic., saúde, educ. 9(18):* 489-506.

Feuerweker, L. M. & Cecílio, L. C. O. (2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):* 965-971.

Figes, K. (1998). *A mulher e a maternidade.* Lisboa: Editorial Presença.

Filgueiras, S. (2006). Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com AIDS. In: Deslandes, S. (org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Forna, A. (1999). *Mãe de todos os mitos:* como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro.

Foucault, M. (2006). *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.

Franco, T. B.; Merhy, E. E. (2004). Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: *O trabalho em saúde:* olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, p. 55-124.

Furlan, C. E. F. B., Scochi, C. G. S. & Furtado, M. C. C. (2003). Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. *Rev.Latino-am Enfermagem, 11 (4): 444-52.*

Gastaldo, D. (2005). Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. *Interface- comunic, saúde, educ. 9(17):* 389-406.

Giffin, K. (1995). Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 46, p. 29 – 33.

Gill R. (2002). Análise de discurso. In: Bauer MW & Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático. 3.ed. Petrópolis: Vozes. p. 244-70.

Gonçalves, M. P. S. (2003). *Estudo sobre as necessidades sentidas pelas mães de bebés prematuros na unidade de neonatologia*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Goldenberg, RL, Culhane, JF, Iams, JD, Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. The lancet; 371: 75-84.

Green, J. & Labonté, R. (2008). *Critical perspectives in Public Health.* New York: Routledge.

Hays, S. (1998). *Contradições culturais da maternidade*. Rio de Janeiro: Gryphus.

Heckert, A. L. C., Passos, E. Barros, M. E. B. (2009). Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface – com. Saúde, educação, 13(1):* 493-502.

Henning, M. A. S., Gomes, M. A. S. M. & Gianini, N. O. M. (2006). Conhecimentos e práticas dos profissionais da saúde sobre a 'atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru'. *Rev.Bras. Saúde Matern. Infant., 6 (4):* 427-435.

Howard, J. & Strauss, A. (1975). *Humanizing health care*. John Wiley & Sons, Nova York.

Hrdy, S. B. (2001). *The past, present and future of the human family*. Delivered at University of Utah.

Justo, J. (1990). Gravidez e Mecanismos de defesa. *Análise Psicológica, 4,* 371-376.

Klaus, M. H. & Kennel, J.H. (1992). *Pais/bebê:* a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.

Klaus, M. H; Kennel, J. H. & Klaus, P.H. (2000). *Vínculo:* construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas.

Klein, M. (1952). *Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê.* Rio de Janeiro: Zahar.

Klein, C. (2005). A produção da maternidade no Programa Bolsa-Escola. Estudos Feministas, vol 13, nº 1, Florianópolis, CFH/CCE/UFSC, pp.31-52.

Klein, C. (2007). Mulher e família no Programa Bolsa-Escola: maternidades veiculadas e instituídas pelos anúncios televisivos. *Cadernos Pagu (29):* 339-364.

Kitzinger, S. (1978). *Mães:* um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença.

Lamy, Z. C., Gomes, M. A. S. M., Gianini, N. O. M. & Henning, M. A. S. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva. 10* (3): 659-668.

Laverack, G. (2005). *Health Promotion Practice.* Power & Empowerment. London: Sage Publications.

Lubchenco, L. O. (1984). Determinação do peso e idade gestacional. In G. Avery (Org.), *Neonatologia*. Rio de Janeiro: Médica e Científica.

Maingueneau, D. (1989). *Novas tendências em análise do discurso.* Campinas: Pontes & Editora da Unicamp.

Mariotti, H. (2006). *As paixões do ego*: complexidade, política e solidariedade. São Paulo: Editora Palas Athena.

Merhy EE. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec.

Monteiro, M. F. G. & Cervini, R. (1992). *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil.* Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

Moura, S. M. S. R. (2003). *Maternidade e práticas de saúde:* o instituído e o possível. Dissertação de Mestrado. UNESP.

Moura, S. M. S. R. & Araújo, M. F. (2005). Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Canguru. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2005.

Mota, R. A., Martins, C. G. M. & Véras, R. M. (2006). Papel dos profissionais da saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo, 11(2):* 323-330.

Perrot, M. (2007). *Minha história das mulheres.* São Paulo: Contexto.

Phillips, N. & Hardy, C. (2002). *Discourse analysis.* Investigating processes of social construction. California: Sage Publications.

Pinheiro, R. & Luz, M. T.(2003). Práticas eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro, R.; Camargo JR, R. M. K. R. (Org.) *Construção da Integralidade:* cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, 228p.

Pires, D. (1996). *Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho*. Tese de doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

Puccini P.T. & Cecílio L.C.O. (2004). A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*20(5):1342-1353.

Rodrigues, C.S. (2005). Avaliação da implantação da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru no Brasil. OPAS, 2005.

Rohden, F. (2003). *A arte de enganar a natureza:* contracepção, aborto de infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Rosas, M. A. & Toma, T. *Programa Mãe Canguru***.** Disponível em: <http://www.federativo.bndes.gov.br/dicas/F07%20-%20pro.htm> Acessado em 30/11/2005.

Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública.* São Paulo: Hucitec.

Ruiz-Pelaéz, J., Charpak, N. & Cuervo, L. G. (2004). Kangaroo Mother Care, na example to follow from developing countries. *BMJ, 329:* 1179-82.

Scavone, L. (2004). *Dar a vida e cuidar da vida:* feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP.

Salem, T. (1983). *Sobre o "Casal Grávido": Incursão em um Universo Ético.* Rio de Janeiro, PPGAS/Museu Nacional/UFRJ. Tese de Doutorado.

Serruya, S. J., Lago, T. G. and Cecatti, J. G. (2004). Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. *RBGO,* 26 (7): 517-525

Shorter, E. (1975). *A formação da família moderna.* Lisboa: Terramar.

Silva, C. O. (1994). *Curar adoecendo:* um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Fiocruz.

Silva, T. M. G. (2002). Família e Historiografia. *POLITEIA: His. e Soc., Vitoria da Conquista, 2(1):* 37-46.

Silveira, M. F., Santos, I. S., Barros, A. J., Matijasevich, A., Barros, F. & Victora, A., C. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev.Saúde Pública*, 42(5): 957-64.

Smith, D.E. (2005). *Institutional ethnography: a sociology for people.* Lanham: Altamira Press.

Souza, N. L., Araújo, A. C. P., Azevedo, G. D., Jerônimo, S. M. B., Barbosa, L. M., Sousa, N. M. L. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Rev.Saúde Pública, 41(5):* 704-10.

Souza, N. L., Araújo, A. C. P., Costa, I. C. C., Carvalho, J. B. L., Silva, M. L. C. (2009). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev. Bras Enferm, 62(5)*: 729-33.

Spitz, R. A. (1987). *O primeiro ano de vida:* um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. São Paulo: Martins Fontes.

Stern, M. & Hildbrant, K, A. (1984). Prematury stereotype: effects of labeling on adult´s perceptions of infants. *Development Psychology, 20 (3),* 360-362.

Sykes, C. M., Willig, C. & Marks, D. F. (2004). Discourses in the European Commission's 1996-2000 Health Promotion Programme, *Journal of Health Psychology; 9(1):* 131-141.

Taylor, M. D. (1887). Some points in relation to premature children. *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children 20:* 1022-1028. In: http://www.neonatology.org/classics/taylor.html.

Teixeira, R. R. (2005). Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 10(3)*: 585-597.

Tessier R, Cristo M, Velez S,Giron M, de Calume ZF, Ruiz-Palaez JG, et al. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. Pediatrics;102:e17.

Therborn, G. (2006). *Sexo e poder:* a família no mundo. São Paulo: Contexto.

Toma, T. S. (2003). Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cadernos de saúde pública, 19 (2).*

Toma, T. S., Venâncio, S. I. & Andretto, D. de A. (2007). Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern.Infant., 7 (3)*: 297-307.

Tornquist, C. S. (2002). Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev. Estud. Fem.* jul./dez. vol.10, no.2, p. 483-492.

Tornquist, C. S. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil**.** *Cad. Saúde Pública*. V. 19 supl. 2, p. 419-427.

Tornquist, C. S. (2007). O parto humanizado e a REHUNA. *Anais do II Seminário Nacional Movimentos sociais, participação e democracia.* Florianópolis.

Trad, L. A. B. & Espiridião, M. A. (2009). Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, *Interface – comunicação, saúde, educação, 13(1):* 557-70.

Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo, 6(2)*:49-56.

Traverso-Yépez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde: reflexões em torno da Política Nacional recentemente implementada. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, versão on line.

Traverso-Yépez, M. A. (2008). *A Psicologia Social e o trabalho em saúde.* Natal: Editora da UFRN.

Traverso-Yépez, M. A. & Morais, N. A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública, 20 (1),* p. 80-88.

Traverso-Yepez, M. A.; Morais, A. S. & Cela, M. (2009). Construções discursivas acerca do usuário do Programa Saúde da Família. *Psicologia Ciência e Profissão 29(2)*: 364-379.

Traverso-Yépez, M A.; Bernardino, J. M. & Gomes, L. O. (2007). "Fazem um PSF lá de cima..." Discursos permeando a implementação de uma nova unidade do PSF. *Psicologia em estudo*, 12 (3) 593-602.

Vasconcelos, E.M. (1999). *Educação popular e a atenção à saúde da família*. S. Paulo: Hucitec.

Veras, R. M. & Traverso-Yépez, M. A. (2009). Social determinants of health and preterm birth trends in Brazil and Canada. *Saúde em debate, 33(83)*: 429-442.

Veras, R. M. & Traverso-Yépez, M. A. (2010). A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. *Revista Estudos Feministas, 18(1).*

Veras, R. M., Morais, F. R. R. & Traverso-Yépez, M. A. (no prelo). O programa de humanização e a assistência materno-infantil no contexto institucional do SUS. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*.

Veras, R. M., Vieira, J. M. & Morais, F. R. R. (2010). A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. (artigo aceito para publicação). *Psicologia em Estudo.*

Victora, C. G. (2001). Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Rev.Bras. Epidemiol.* 4 (1): 3-69.

Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., *et al.*(2006). Cesarian delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Published Online*, May 23.

Wagner, M. (1994). *Pursuing the birth machine*: the search for appropriate birth technology. Austrália: ACE graphics.

WHO – World Health Organization. (2003). *Kangaroo Mother Care: a practical guide*. Department of Reproductive Health and Research. Geneva. Website: http://www.unicef.org/index.php.

Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health*: The solid facts (2nd ed.). Copenhagen: World Health Organization-Regional Office for Europe.

Willig, C. (2001) *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method.* Buckingham: Open University Press.

Winnicott, D. W. (2001). Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes.

Yalom, M. (2002). *A história da esposa – da virgem Maria à Madonna*. São Paulo: Ediouro.

ANEXOS

Anexo 1

APRESENTAÇÃO NA MATERNIDADE JANUÁRIO CICCO (FUNCIONÁRIOS)

TÍTULO: PRÁTICAS INSTITUCIONAIS/DISCURSIVAS ACERCA DOS CUIDADOS COM OS BEBÊS PREMATUROS E/OU DE BAIXO PESO: O PROGRAMA CANGURU

AUTORA: Renata Meira Véras

ORIENTADORA: Martha Azucena Traverso-Yépez

INTRODUÇÃO:

O Programa Canguru trata-se de um tipo de assistência voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica colocar o bebê em contato pele-a-pele com sua mãe (OMS, 2004). Esta prática faz parte de um conjunto de medidas políticas de humanização do atendimento que tem sido adotado em diversos hospitais públicos.

Este programa foi criado em 1979 pelo Dr. Edgar Rey Sanabria no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia. Seu principal objetivo foi o de suprir a falta de incubadoras, utilizando as mães como substitutas destas.

Ao ser implantado no Brasil, essa prática de assistência ao neonato não argumenta o mesmo objetivo da Colômbia. O programa tem sido incluído na política nacional de humanização na saúde, visando um atendimento adequado do recém-nascido de baixo peso, através de "procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao manuseio e ao relacionamento familiar."(Brasil, 2002, pg. 18).

Todavia, surgem alguns questionamentos em relação ao cotidiano no programa: Como é a dinâmica do trabalho em saúde desenvolvido no Programa Canguru? Quais as práticas discursivas dos funcionários do programa e das mães acerca do Programa Canguru, do trabalho em saúde e da participação materna?

OBJETIVOS:

1) Mapear as características peculiares da implantação e da dinâmica institucional do Programa Canguru na maternidade Januário Cicco;

2) Caracterizar as práticas discursivas dos profissionais de saúde envolvidos no programa acerca da maternidade e do Programa Canguru;

3) Delinear concepções e posicionamentos das mães participantes acerca desta maternidade e desta estratégia de intervenção.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo que está sendo desenvolvido na Maternidade Escola Januário Cicco/RN. Tanto os funcionários quanto as usuárias deste serviço participação desta pesquisa, a fim de aprofundar uma discussão acerca do processo de maternidade e

do trabalho em saúde no Programa Canguru. Para tanto, serão utilizados as observações participantes, as entrevistas em profundidade e os grupos focais.

QUESTÕES DE PARTIDA PARA BREVE DISCUSSÃO E REFLEXÃO:

1) Como vocês vêem a organização e o trabalho desenvolvido no Programa Canguru da Maternidade Januário Cicco?
2) Como se estrutura o trabalho de vocês com as mães desses bebês prematuros?

QUESTÕES PARA DIRIGIR A DINÂMICA:

1) Como funciona o Programa Canguru?
2) Como se estrutura o trabalho de vocês no cotidiano?
3) Qual a visão de vocês sobre o papel dessas mães?
4) Como vocês enxergam a situação dessas mães?
5) Como vêem sua forma de trabalhar com mães de bebês prematuros?
6) Quais as mudanças vocês consideram necessárias no Programa Canguru?
7) Quais mudanças vocês consideram necessárias para melhorar o trabalho coletivo na maternidade?

Anexo 2

APRESENTAÇÃO NA MATERNIDADE JANUÁRIO CICCO (MÃES)

TÍTULO: PRÁTICAS INSTITUCIONAIS/DISCURSIVAS ACERCA DOS CUIDADOS COM OS BEBÊS PREMATUROS E/OU DE BAIXO PESO: O PROGRAMA CANGURU

AUTORA: Renata Meira Véras

ORIENTADORA: Martha Azucena Traverso-Yépez

INTRODUÇÃO:

O Programa Canguru trata-se de um tipo de assistência voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica colocar o bebê em contato pele-a-pele com sua mãe (OMS, 2004). Esta prática faz parte de um conjunto de medidas políticas de humanização do atendimento que tem sido adotado em diversos hospitais públicos.

Este programa foi criado em 1979 pelo Dr. Edgar Rey Sanabria no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia. Seu principal objetivo foi o de suprir a falta de incubadoras, utilizando as mães como substitutas destas.

Ao ser implantado no Brasil, essa prática de assistência ao neonato não argumenta o mesmo objetivo da Colômbia. O programa tem sido incluído na política nacional de humanização na saúde, visando um atendimento adequado do recém-nascido de baixo peso, através de "procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao manuseio e ao relacionamento familiar."(Brasil, 2002, pg. 18).

Todavia, surgem alguns questionamentos em relação ao cotidiano no programa: Como é a dinâmica do trabalho em saúde desenvolvido no Programa Canguru? Quais as práticas discursivas dos funcionários do programa e das mães acerca do Programa Canguru, do trabalho em saúde e da participação materna?

OBJETIVOS:

1) Mapear as características peculiares da implantação e da dinâmica institucional do Programa Canguru na maternidade Januário Cicco;

2) Caracterizar as práticas discursivas dos profissionais de saúde envolvidos no programa acerca da maternidade e do Programa Canguru;

3) Delinear concepções e posicionamentos das mães participantes acerca desta maternidade e desta estratégia de intervenção.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo que está sendo desenvolvido na Maternidade Escola Januário Cicco/RN. Tanto os funcionários quanto as usuárias deste serviço participação desta pesquisa, a fim de aprofundar uma discussão acerca do processo de maternidade e

do trabalho em saúde no Programa Canguru. Para tanto, serão utilizados as observações participantes, as entrevistas em profundidade e os grupos focais.

QUESTÕES DE PARTIDA PARA BREVE DISCUSSÃO E REFLEXÃO:

1) Fale-me um pouco sobre a gestação e o nascimento do seu bebê.
2) O que você sentiu quando seu filho estava na UTI?
3) O que você sente agora que ele está no alojamento conjunto com você?
4) O que você entende por Programa Canguru?
5) Como você percebe o seu papel na recuperação do seu bebê?
6) Fale-me um pouco sobre seu cotidiano na enfermaria do programa.
7) Como vocês enxergam o trabalho dos funcionários do Programa Canguru?
8) Quais as mudanças que vocês consideram necessárias para melhorar o trabalho coletivo na maternidade?

Anexo3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (CEP-HUOL)

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP-HUOL), devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), analisou o projeto:

Título: Estudo das práticas institucionais do Programa Canguru em uma maternidade de região Nordeste. – Protocolo – 033/06

Pesquisador Responsável: Renata Meira Véras

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, incluindo o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as diretrizes da Resolução 196/96 e complementares, do Conselho Nacional de Saúde, em reunião plenária do CEP-HUOL realizada no dia 30 de março de 2007. Toda e qualquer alteração no projeto/protocolo de pesquisa, assim como eventos adversos que venham a ocorrer deverão ser comunicados oficialmente e imediatamente ao CEP-HUOL. O relatório final do projeto ou a cópia de sua publicação deverá ser encaminhado ao CEP/HUOL após o término do estudo, conforme cronograma, com a respectiva cópia da folha de rosto.

Natal, 30 de março de 2007.

Prof. Aldo da Cunha Medeiros
Coordenador do CEP – HUOL

PROF. ALDO DA CUNHA MEDEIROS
COORDENADOR DO CEP/HUOL

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP-HUOL) - Av. Nilo Peçanha 620, Petrópolis, Natal-RN, 59.012-300. Fone: 84-32023719 Ramal 242. email:cep_huol@yahoo.com.br